



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE
MONSEFÚ – 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Rafaela Sánchez Sánchez

Asesora:

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz

Línea de Investigación:

Enfermería, Interculturalidad y Sociedad

Pimentel-Perú

2018

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ADULTO Y
ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE MONSEFÚ –
2018**

**Presentado por la Bach. Rafaela Sánchez Sánchez para optar el título de licenciada de
enfermería de la Universidad Señor de Sipán**

Aprobado por los miembros de jurado de tesis

MG. YANETH MARISOL BENAVIDES FERNANDEZ

Mg. Presidente de jurado de tesis

MG.MARGARITA EULALIA PAREDES
VILCHEZ

Mg. Secretaria del Jurado de tesis.

DRA NORMA DEL CARMEN GALVEZ
DIAZ

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz
Vocal del Jurado de tesis

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres

Rosa Sánchez Sialer y Alcibíades Sánchez Gonzales,
que me brindaron su apoyo incondicional para llegar
a culminar mi meta.

Rafaela Sánchez Sánchez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien me guía, me brinda sabiduría y fortaleza; quien me guio constantemente para continuar y llegar a cumplir esta meta.

A la Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz, mi asesora, por su apoyo constante y enseñanzas en el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad Señor de Sipán, por su confianza y facilidad otorgada para la ejecución del proyecto.

Rafaela Sánchez Sánchez

Resumen

La Hipertensión arterial es una enfermedad que hoy en día se ha convertido en un problema de Salud Pública, por lo que el estudio de la epidemiología de esta enfermedad en las comunidades es de gran relevancia especialmente en la población adulta y adulta mayor para identificar los factores causales y planificar actividades de promoción y prevención que permitan controlar el avance de esta patología y sus complicaciones. Estudio cuantitativo, descriptivo, cuyo objetivo general fue “Determinar la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018”, entrevistando a 458 adultos y 96 adultos mayores, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión, se aplicó una Ficha de valoración para pacientes adultos y adultos mayores para determinar la epidemiología de la hipertensión arterial elaborado por la investigadora y validado por juicio de expertos y prueba piloto obteniendo un alpha de Crombach de 0.847, Se utilizó los criterios de rigor científico y éticos. Resultados: El mayor porcentaje de la población presento presión normal 60.5%, el grupo etareo de 40 - 49 años el 32.3% son hipertensos, se presenta hipertensión solo en el sexo femenino 11.7%, el mayor porcentaje de hipertensos están en la zona rural 11.5%, entre los que presentan sedentarismo 18,9%, en los que consumen alcohol frecuentemente 100%, en quienes no tienen estilo de vida saludable 11.8% y en los que tienen nivel bajo de estrés. Concluyendo que en la población de Monsefú existe una prevalencia 39.54% de hipertensión.

Palabras clave: Epidemiología, adulto, adulto mayor, hipertensión

Abstract

Hypertension is a disease that today has become a public health problem, so the study of the epidemiology of this disease in communities is of great importance especially in the more adult and adult population for identify the causal factors and planning activities of promotion and prevention that allow you to monitor the progress of this disease and its complications. Study quantitative, descriptive, whose general objective was to “Determine the epidemiology of hypertension in adult and elderly attended at the health centre in Monsefu - 2018 ”, interviewing 458 adults and 96 older adults, selected according to criteria of inclusion and exclusion, applied a valuation form for adults and older adults to determine the epidemiology of high blood pressure developed by the researcher and validated by judgement of experts and test pilot obtaining a 0.847 Crombash alpha, used scientific rigor criteria and ethical. Results: The highest percentage of the population present normal pressure 60.5%, the 40-49 age group years the 32.3% are hypertension, hypertension occurs only in females 11.7%, the highest percentage of hypertensive patients are in the rural area of 11.5%, among which are sedentary 18.9%, in those who consume alcohol frequently 100%, those who do not have healthy lifestyle 11.8% and in those who have low level of stress. Concluding that there is a prevalence 39.54% in Monsefu population of hypertension.

Key words **Epidemiology, adult, elderly, hypertension**

ÍNDICE

	Pág.
Aprobación del jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Realidad problemática	2
1.2 Trabajos previos	5
1.3 Teoría relacionada al tema	9
1.4 Formulación del problema	22
1.5 Justificación e importancia del estudio	22
1.6 Hipótesis	23
1.7 Objetivos	23
1.7.1. Objetivo General	23
1.7.2. Objetivos Específicos	23
II: MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1 Tipo y diseño de la investigación	25
2.2 Población y muestra	25
2.3 Variables y operacionalización	27
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	29
2.5 Procedimiento de análisis de datos	30
2.6 Aspectos éticos	30
2.7 Criterios de Rigor científico	31
III: RESULTADOS	32
3.1. Tabla y Figura	32
3.2. Discusión de resultados	46
IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	69

I. INTRODUCCIÓN

América Latina está en una rápida transición hacia un mayor desarrollo; por lo que los problemas de la salud, están sufriendo variaciones epidemiológicas, habiendo un cambio desde las enfermedades infecciosas hacia una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles entre las cuales encontramos a la Hipertensión arterial (HTA), considerada principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la población adulta y adulta mayor, por ello la importancia de los estudios epidemiológicos de esta patología, los cuales permitirán a los profesionales de salud especialmente al profesional de enfermería planificar actividades preventivas - promocionales que lo conduzcan a ejecutar una atención de calidad a los pacientes hipertensos repercutiendo claramente en la disminución del riesgo de sufrir un evento cardiovascular como complicación de esta patología.

Por ello que la presente investigación tuvo como objetivo, determinar la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018, contribuyendo mediante los resultados con el personal de salud al permitirle conocer como se viene distribuyendo esta patología según características de la población llegando a determinar la prevalencia de la misma en la población objeto de estudio, datos que le permitirán elaborar planes de intervención para disminuir su incidencia y prevalencia, así como para disminuir los factores de riesgo a los que están expuestos quienes padecen de HTA.

Para mayor entendimiento este informe se desarrollará en apartados, el capítulo I está conformado por la Introducción, así mismo detalla situación problemática, formulación del problema, hipótesis, objetivos, justificación e importancia, antecedentes de investigación, marco teórico y variables. El capítulo II, hace referencia a los materiales y métodos, el tipo y diseño de la investigación, métodos, población y muestra, variables, técnicas e instrumentos de recolección, validación y confiabilidad de instrumentos, en el capítulo III se muestran los resultados, análisis e interpretación de los mismos, en el capítulo IV, se discuten los resultados con los antecedentes y marco teórico, en el capítulo V establecen las conclusiones y en el capítulo VI se brindan las recomendaciones, finalmente en el capítulo VII se muestran las referencias asumidas por esta investigación.

1.1. Realidad Problemática.

La Hipertensión arterial es una de las grandes epidemias, asociada a diferentes enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo que constituyen la primera causa de muerte; considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad que afecta a 600 millones de personas, causando 3 millones de muerte al año en todo el mundo, siendo definida como la condición o estado en el cual, la persona presenta la presión arterial sistémica persistentemente elevada; con base en múltiples mediciones (presión sistólica => a 140 mm Hg/presión diastólica =>90 mm Hg). (1). Desde el punto de vista epidemiológico la hipertensión arterial o HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo, afectando al 20% de la población adulta, que representa 1000 millones de personas en todo el mundo, y su prevalencia aumenta con la edad, por lo que se estima que con el envejecimiento de la población en el 2025 la HTA afectara a 1500 millones de personas. (2)

En relación a la hipertensión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el 2013 estimaba que en el mundo esta enfermedad afectaba a más de uno de cada tres adultos de 25 o más años de edad: convirtiéndose en principal factor que contribuye a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, representando la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Investigaciones realizadas hasta este año estimaban que provocaba cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón en el mundo y que contribuía a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera (3).

Así mismo en este año estudios de carga global sobre la HTA estiman que existen 10,3 millones de muertes en el mundo, convirtiéndose en más de 170 millones de años de vida perdidos debido a esta enfermedad. Siendo considerada en los países desarrollados como la primera causa de enfermedad y la segunda causa, después del tabaquismo, en los países en desarrollo; la primera causa de ataque cerebrovascular e insuficiencia cardiaca; y la segunda causa de síndrome coronario agudo (1).

La Liga Mundial de Hipertensión (WHL, por sus siglas en Inglés), refiere que ésta enfermedad afecta de manera desproporcionada a países de ingresos bajos y medios, especificando que cuatro de cada diez adultos en el mundo padece hipertensión arterial; proporción que aumenta con la edad; refiriendo que mientras en el grupo etáreo de 20 a 40 años se puede hallar hipertensión arterial en el 10% de ellos, de los 50 a 60 años esta

proporción se incrementa al 50% y que una de cada 5 personas tiene prehipertensión (1); así mismo otros datos estadísticos mundiales, estiman que de las personas que padecen hipertensión, solo el 57% conoce su condición, el 40,6% reciben tratamiento farmacológico antihipertensivo, y solo el 13,2% logra cifras de presión arterial controladas. (4).

La OMS en el 2014 refiere que la prevalencia de presión arterial elevada en el mundo por región en hombres y mujeres de 18 a más años fue la siguiente: África (H=29.7%, M= 29.5%); Las Américas (H=20.8%, M= 16.6%); Asia sudoriental (H=25.3%, M= 24.2%); Europa (H=27.1%, M=19.7%); Mediterráneo Oriental (H=27.5%, M=26.4%); Pacífico Occidental (H=20.6%, M=16.7%); especificando que la prevalencia por país fue en República Checa (H=33.2%, M= 21%); Croacia (H=33%, M= 23%) (5); así mismo estadísticas muestran que la prevalencia de la hipertensión arterial en España se estima en un 35% aunque llega a un 40% en edades medias y al 68% en mayores de 65 años afectando a más de 10 000 millones de personas (2).

Así mismo estudios evidencian que la incidencia de la hipertensión se ha duplicado en los últimos 5 años en todos los estratos sociales, estimándose que entre el 20% y 40% de la población adulta en la Región de las Américas padece hipertensión (4); mientras otros estudios afirman que la estimación de la prevalencia de la hipertensión en la región de las Américas es de 22% en mayores de 18 años (6); encontrando las siguientes estadísticas sexo en mayores de 18 años: México (H=23.7%, M= 18.5%); Brasil (H=26.4%, M= 20.4%); Argentina (H=26.3%, M= 17.6%); Chile (H=25.4%, M= 17.6%); Bolivia (H=19.7%, M= 15.9%) (5), así mismo estudios muestran que en Colombia para el 2015, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años se encontraba en 7,235 (1).

La realidad de esta enfermedad no dista mucho de los datos estadísticos mostrados anteriormente, encontrando que en la Encuesta Nacional de Desarrollo realizada el 2016 se encontró que en la población de 15 y más años de edad; un 12,7% presentaba presión arterial alta aumentando en relación de los datos obtenidos en el 2015 que fue de 12,3%. Según sexo, los hombres son más afectados (15,6%) que las mujeres (9,9%), aumentando en los varones en relación al 2015 (14,4%) y disminuyendo en las mujeres (2015=10,2%). Según región, de acuerdo a la medición efectuada en el 2016 los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, se registraron en la Provincia de Lima (16,1%), la Provincia

Constitucional del Callao (15,9%), en la Región Lima (15,4%) y en Lambayeque (12,5%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (7,1%), Ucayali (7,5%) y Cusco (8,5%).

Este estudio también identificó que el 8,6% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticado con hipertensión arterial por un médico u otro profesional de la salud; situación que ha disminuido en relación al 2015 en 0,9 puntos porcentuales. Así mismo los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en el Resto Costa con 9,5% y en Lima Metropolitana con 9,1%; y, los menores porcentajes en la Sierra y Selva, con 7,9% y 8,3% respectivamente (7); otros datos importantes brindados por ENDES el 2015 en nuestro país, muestran que la prevalencia de personas con presión arterial elevada al momento de la toma es 12.3%, pero aproximadamente es más de 18% de la población con Hipertensión, esto significa que aproximadamente solo el 25% de los hipertensos están controlando su presión arterial y el 75% restante no, teniendo riesgo inminente de daños cardiovasculares, cerebrales, renales y también pueden ver afectados otros órganos (6).

En relación a nuestra provincia de Chiclayo y sus distritos entre los cuales se encuentra Monsefú no se encuentran estadísticas recientes que nos muestren la epidemiología de la hipertensión, hecho que no permite una adecuada toma de decisiones en relación a las actividades preventivas, promocionales, de diagnóstico, y tratamiento de esta enfermedad; encontrándose algunos referentes como la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (Geresa), que afirmó que en el 2012, más de ocho mil pacientes lambayecanos tenían hipertensión y que en los distintos nosocomios del Ministerio de Salud de la región se han registrado 823 personas con hipertensión secundaria, 63 casos con enfermedad cardíaca hipertensiva, 59 casos con enfermedad cardiorenal hipertensiva y 20 casos con enfermedad renal hipertensiva (8); mientras en el 2016 el coordinador del Servicio de Cardiología del Hospital Regional Lambayeque Ciro Diaz, afirmó que una de cada diez personas presenta problemas cardíacos, siendo la más frecuente la hipertensión arterial y la tercera parte de las muertes en personas mayores de 35 años se debe a un infarto (9). Problemática que nos lleva a retomar la investigación epidemiológica de la Hipertensión arterial en el Centro de Salud Monsefú teniendo en cuenta que se carecen datos actuales que permitan intervenir esta patología.

1.2. Trabajos previos

A nivel internacional en González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. presentaron el estudio “Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores”, encontrando que el sexo predominante fue el femenino con 59,6 % y el grupo de 65 y más años con el 71,5 %. Prevalció el tabaquismo como factor de riesgo, así como la cardiopatía isquémica con 48,8 % y 20,9 % respectivamente; seguido del sedentarismo (32,5 %); Entre las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la HTA en AM, predominó la cardiopatía isquémica (20,9 %) seguido de la diabetes mellitus (9,1 %). El tratamiento no farmacológico predominó en el 100 % de los pacientes (10).

Valencia el 2016, Zubeldía L, Quiles J, Mañes J, Redón J. presentó el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana”, encontraron que la prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2% [IC95% 34,9-41,5]; 40,7% en hombres [IC95%35,0-45,5] y 35,7% en mujeres [IC95% 31,1-40,3]. La edad [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥ 65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2], la categoría ponderal [sobrepeso OR 2,1 IC95% 1,3-3,2; obesidad OR 5,3, IC95% 3,3-8,5] y padecer diabetes mellitus [OR 2,4, IC95% 1,2-4,8] se constituyeron como variables asociadas con hipertensión. Concluyendo Más de un tercio de la población estudiada padece hipertensión. La probabilidad de presentarla aumenta con la edad. El sobrepeso así como la diabetes mellitus duplican la probabilidad de padecerla. (11)

Cuba en el 2016; Díaz C. presentó el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con obesidad central adscritos a la UMF 73”, encontrando que la prevalencia general de prehipertensos fue de 3,8 y la de hipertensos de 5,9 por cada 100 estudiantes; asimismo, existió una asociación entre esta y el índice de masa corporal. Finalmente, dicha prevalencia estuvo entre el rango permisible en investigaciones internacionales y fue evidente que esta enfermedad era desconocida por más de 90 % de los afectados. (12)

En Colombia el 2016, Cardona J, Vergara M, Caro A. Presentó el estudio “Prevalencia de la hipertensión arterial y factores asociados en trabajadores de la Plaza Minorista José María Villa, Medellín 2016”. En el cual evidenció los

siguientes resultados: la prevalencia de HTA fue 35.1%; sobrepeso 40.1%, obesidad visceral 59.9%, sedentarismo 57.6%, tabaquismo 22.8%, alcoholismo 33.3% y antecedentes familiares de HTA 36.8%, de diabetes 30.1% y de dislipidemias 23.8%. La HTA presentó asociación con la edad, el sexo, los antecedentes personales de diabetes, la obesidad visceral, el grado educativo y el IMC. Llegando a la conclusión que existe una elevada prevalencia de HTA siendo los hombres y los obesos los subgrupos con una mayor ocurrencia; esto es útil para orientar esfuerzos investigativos y sanitarios en grupos similares (13).

En Venezuela el 2015, Pérez P. presentó el estudio “Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela” obteniendo como resultado que existió un predominio de pacientes mayores de 65 años para el 32,19 %. De los pacientes estudiados, el 52,74 % fueron del sexo femenino. Conclusiones: la hipertensión predominó en los mayores 65 años sin diferencias de género. La mayoría de los pacientes precisaron los principales factores de riesgo de HTA, cumplieron el tratamiento prescrito y las medidas básicas de control de esta enfermedad (14).

Cuba en el 2015, Delgado A. presento el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos”. Encontrando como resultados que la prevalencia de hipertensión arterial fue de un 33,8 %, predominó el sexo masculino, el 65,0 % de los hipertensos conocía su condición y un 35,0 % era hipertenso y no lo conocía. Se encontraba controlado solo el 23,8 % del total de hipertensos, y el 44,1 % de los que estaban bajo tratamiento. La prevalencia de hipertensión entre los fumadores fue de un 32,7 %. El 55 % eran diabéticos, el 46,5 % obesos y el 50 % tuvieron la medición de la cintura abdominal alterada. Conclusiones: se detectó prevalencia oculta de hipertensión arterial y descontrol en los pacientes bajo tratamiento con predominio del sexo masculino, dentro de los factores de riesgo estudiados, los diabéticos y los obesos presentaron una prevalencia de hipertensión arterial dos veces mayor que los que no tenían estos factores de riesgo (15).

Ecuador el 2014, los investigadores Abad A., Araujo F. presentaron el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en adultos, centro de salud n°1 del Cantón Cañar, 2014”, encontrando como resultados: que la mediana de edad

fue de 51 años. El 68,6% fueron mujeres, casados el 71,4%. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 48,6% (IC 95% 40.3-56.9), no se encontró asociación estadística con los factores de exposición estudiados (sobrepeso, obesidad, sedentarismo, tabaquismo). Conclusiones La prevalencia de hipertensión arterial fue del 48,6% y no se encontró asociación estadística con los factores asociados estudiados. (16)

Ecuador el 2014, los investigadores Pañi D, Paguy M, Quito M. presentaron el estudio “Estilos de Vida que inciden en la Hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca. 2013” encontrando como resultados que el 40.54% de adultos presentan hipertensión, 11.71% padecen HTA más diabetes, el 66,7% son mujeres. Concluyendo que la población de estudio desarrolla HTA como consecuencia de estilos de vida, encontrando como factores que influyen al sedentarismo 22.52%, 17.12% consumo de alcohol durante su vida. (17)

En México el 2013 Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. realizaron la investigación “Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos”, sus resultados demostraron que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 31.5%, del cual 47.3% desconocía que padecía esta enfermedad, El grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años), y se encontró una tendencia significativa ($p < 0.05$) por el efecto de la edad en la prevalencia de diagnóstico médico previo de HTA (8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥ 60 años), La prevalencia de HTA fue 1.3 veces más alta ($p < 0.05$) en adultos con obesidad (42.3% IC95% 39.4-45.3) que en adultos con IMC normal (18.5% IC95% 16.2-21.0); 88% mayor en adultos con primaria o menos (44.1% IC95% 39.0-49.3) que en adultos con preparatoria o más escolaridad (23.5% IC95% 21.0-26.2); y 1.4 veces más alta en adultos con diabetes (65.6% IC95% 60.3-70.7) que en adultos sin esta enfermedad (27.6% IC95% 26.1-29.2). Se Concluye que la tendencia entre los años 2000, 2006 y 2012 sugiere una estabilización. Un problema de salud con esta magnitud requiere mejor diagnóstico, atención y capacitación del sector médico para que éste prescriba tratamientos adecuados y mejore el control de la HTA. (18)

Puno el 2015, Zela A. presentó el estudio “Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015.” Evidenciando que el 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Referente a resultados por dimensiones, en su dimensión responsabilidad en salud el 47.6% saludable, el 31.1% poco saludable, y el 21,4% muy saludable. En su dimensión de ejercicio el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable. En su dimensión de nutrición el 57,3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable. En su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. En su dimensión de no consumo de tabaco el 45.6 % saludable, 37.9% poco saludable y el 16.5% muy saludable. En su dimensión de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6 % muy saludable. Conclusión. Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una ρ moderada correlación indirecta ($Rho = -.408$) y significativa ($sig. = .000$) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial (19).

Lima-Perú 2014 Revilla L. presenta el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú” encontrando como resultados que el promedio de edad fue de $39,5 \pm 16,5$ años. El 62% fueron mujeres. El 19,5% (IC 95%: 17,6-21,4) tuvo obesidad, el 15,8% (IC 95%: 14,1-17,6) hipertensión arterial y el 3,9% (IC 95%: 3,0-4,8) tuvo diabetes. La obesidad estuvo asociada con una mayor probabilidad de tener hipertensión arterial (OR 2,15; IC 95%: 1,57-2,94) y diabetes (OR 1,97; IC 95%: 1,02-3,80). Conclusiones. Los resultados de este estudio en una muestra representativa de residentes en Lima y Callao mostraron altas prevalencias de hipertensión arterial y obesidad, así como una moderada prevalencia para diabetes (20).

Chiclayo en el 2014, Arévalo R. presentó el estudio “Factores de riesgo de la hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el policlínico Chiclayo

oeste – 2014” encontrando que en relación a los factores no modificables fueron la edad sobresaliendo el grupo etario de 71 – 80 (53.96%) en los cuales el 28.06% son varones, el 25.9% mujeres, la diabetes e hipercolesterolemia representan los antecedentes familiares más frecuentes (48.2% - 39.56% respectivamente). Los factores de riesgo modificables fueron el sedentarismo (35.25%), obesidad (15.82%), sobrepeso (53.24%) hipercolesterolemia (8.28%), estrés (17.26%), consumo de alcohol (5.04%), tabaco (8.63%). Estos resultados permitieron reorientar las actividades preventivas por parte del profesional de enfermería. (21)

1.3. Teoría relacionada al tema

1.7.1. Florence Nightingale teoría del entorno

El objetivo fundamental del modelo es conservar la energía vital del paciente y, considerando la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que ésta actúe sobre él. Su teoría se centró en el medio ambiente. Creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Su modelo considera la enfermería como una vocación religiosa, sólo para mujeres. Sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. La práctica de la enfermería implica el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, y la oportuna selección y administración de dietas. Todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad (22).

La teoría de Nightingale incluye tres tipos de relaciones posibles: 1) Entorno-paciente, 2) Enfermera-entorno y 3) Enfermera-paciente; la teórica creía que el entorno era causante principal de la enfermedad en el paciente; no solo reconoció la peligrosidad del entorno, sino que también hizo hincapié en que un entorno adecuado es beneficioso para la prevención de enfermedades. La práctica enfermera incluye diferentes modos para la manipulación del entorno que sirvan para potenciar la recuperación del paciente. La higiene, la iluminación, ventilación, temperatura y ruidos son elementos a identificar para ser controlados. Además, en sus escritos describe la disposición de la habitación del enfermo en relación al resto de la vivienda, y a su vez, la relación de la vivienda con el barrio (23).

La relación enfermera-paciente es la relación menos definida por Florence. Pero, de todos modos, propone la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente en sus escritos. Habla sobre los patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, el bienestar que le puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras que se permite que el paciente realice su autocuidado. Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia (23).

1.7.2. La Epidemiología

OMS dice que la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (24).

La epidemiología es indispensable para conocer el estado de salud de una población y diseñar intervenciones. (24)

La epidemiología tiene entre uno de sus objetivos primordiales el estudio de la distribución y los determinantes de las diferentes enfermedades. La cuantificación y la medida de la enfermedad o de otras variables de interés son elementos fundamentales para formular y testar hipótesis, así como para permitir comparar las frecuencias de enfermedad entre diferentes poblaciones o entre personas con o sin una exposición o característica dentro de una población determinada. (25)

La medida más elemental de frecuencia de una enfermedad, o de cualquier otro evento en general, es el número de personas que la padecen o lo presentan (por ejemplo, el número de pacientes con hipertensión arterial, el número de fallecidos por accidentes de tráfico o el número de pacientes con algún tipo de cáncer en los que se ha registrado una recidiva). Sin embargo, dicha medida por sí sola carece de

utilidad para determinar la importancia de un problema de salud determinado, pues debe referirse siempre al tamaño de la población de donde provienen los casos y al periodo de tiempo en el cual estos fueron identificados. Para este propósito, en epidemiología suele trabajarse con diferentes tipos de fracciones que permiten cuantificar correctamente el impacto de una determinada enfermedad:

a. Proporción: es un cociente en el que el numerador está incluido en el denominador. Por ejemplo, si en una población de 25.000 habitantes se diagnostican 1.500 pacientes con diabetes, la proporción de diabetes en esa población es de $1.500/25.000 = 0.06$ (6%). El valor de una proporción puede variar así de 0 a 1, y suele expresarse como un porcentaje. b. Razón: En este cociente el numerador no forma parte del denominador. En el ejemplo anterior, la razón entre la población con diabetes y la población no diabética es de $1.500/23.500 = 3/47 = 0,064$. Cuando, como en el caso del ejemplo, la razón se calcula entre la probabilidad de que ocurra un evento y la probabilidad de que éste no ocurra, la razón recibe también el nombre de odds. En el ejemplo, la odds de diabetes es de 0,06, es decir, en el área de estudio por cada $1/0,064 = 16,7$ pacientes no diabéticos hay 1 que sí lo es.

El valor de una odds puede ir de 0 a infinito. El valor 0 corresponde al caso en que la enfermedad nunca ocurre, mientras que el valor infinito correspondería teóricamente a una enfermedad que esté siempre presente.

Tasa: El concepto de tasa es similar al de una proporción, con la diferencia de que las tasas llevan incorporado el concepto de tiempo. El numerador lo constituye la frecuencia absoluta de casos del problema a estudiar. A su vez, el denominador está constituido por la suma de los períodos individuales de riesgo a los que han estado expuestos los sujetos susceptibles de la población a estudio. De su cálculo se desprende la velocidad con que se produce el cambio de una situación clínica a otra.

En epidemiología, las medidas de frecuencia de enfermedad más comúnmente utilizadas se engloban en dos categorías: Prevalencia e Incidencia. La prevalencia (P) cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. La incidencia se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. (25)

1.7.3. La Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) representa por sí misma una enfermedad y también un importante factor de riesgo cardiovascular y su prevalencia aumenta con la edad, puede provocar cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, mortalidad y discapacidad prematura. A nivel mundial se espera que la cifra de personas que padezcan hipertensión arterial se incremente hasta el 29,2% para el 2025. El vertiginoso aumento de los pacientes con hipertensión arterial se debe al envejecimiento de la población, pues se han reducido los fallecimientos por causas infecciosas; la posibilidad de padecer una hipertensión aumenta con el envejecimiento porque los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad. Cuando esto sucede, la presión arterial se eleva, por lo que mantener o lograr un peso corporal saludable, seguir una dieta rica en frutas y productos de bajo contenido graso, limitar el consumo de sal por día, la ingesta de bebidas alcohólicas diarias, dejar de fumar y evitar el estrés, puede ayudar a reducir la probabilidad de sufrir hipertensión y la cantidad de medicamentos que un paciente diagnosticado debe tomar. (26)

La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Para la población adulta (Mayor o igual a 20 años de edad), se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, y a la diastólica mayor o igual a 90 mmHg. El diagnóstico se establece con uno o ambos valores en niveles anormales; y en al menos dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial puede asociarse factores de riesgo cardiovascular y/o compromiso clínico o subclínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos) (27)

Teniendo en cuenta que la presión arterial es una variable continua, y que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular, se decidió que los sujetos con PA entre 120/80 y 129/84 pueden ser considerados presión normal, mientras que los que tienen cifras entre 130/85 y 139/89 son considerados presión arterial normal alta. Los valores de presión arterial menores de 120/80 son considerados valores óptimos. Se debe enfatizar que los valores normales altos y

normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal. (28)

Etiología

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, la presión arterial está causada por disposiciones hereditarias y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos.

Edad. Existe el criterio de que las cifras de presión diastólica y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad de manera progresiva, es siempre mayor para la sistólica, que pueden aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica. Sexo. De modo general, se acepta que la prevalencia de HTA es mayor en el hombre que en la mujer, la relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad, así las mujeres después de 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de hombres. Raza. Existen evidencias de que hay mayor prevalencia en la raza negra y un pronóstico menos afortunado, dada la repercusión sobre los órganos diana en este grupo.

Herencia. La aparición de hipertensión arterial es más frecuente si los padres son hipertensos. Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la HTA. Se conoce que esta tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla.

Obesidad. Se calcula que la prevalencia de hipertensión arterial es el 50% mayor entre personas obesas que entre las que están en su peso normal. El hipertenso obeso tiene un mayor gasto cardíaco y menor resistencia periférica total, por tanto este hipertenso tiene un estado circulatorio hiperkinético con un aumento progresivo de las cifras tensionales.

Dietas ricas en sodio. El concepto de " sensibilidad a la sal" tiene su origen y fundamentos en estudios que demuestran que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta a medida que se hace más importante el consumo de sal en la población. Factores psicosociales. Las tensiones emocionales mantenidas / reiteradas pueden

desencadenar reacciones vasopresoras con hipertensión arterial, condicionadas por múltiples factores que van desde la personalidad hasta el régimen socioeconómico en que se vive. Oligoelementos. Algunos investigadores plantean que la ingestión crónica de cadmio en pequeñas cantidades, es otro factor predisponente a la aparición de hipertensión arterial. Así mismo, se conoce que el déficit de otros oligoelementos: cobre, zinc, selenio, manganeso y hierro, como forman parte del núcleo activo de las enzimas antioxidantes, pueden favorecer o agravar el proceso hipertensivo (29)

Causas de la Hipertensión

- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos
- Sus niveles hormonales

Usted es más propenso a que le digan que su presión arterial está demasiado alta a medida que envejece. Esto se debe a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad. Cuando esto sucede, la presión arterial se eleva. La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o muerte prematura.

Usted tiene un riesgo más alto de sufrir hipertensión arterial si:

- Es obeso
- Con frecuencia está estresado o ansioso
- Toma demasiado alcohol (más de 1 trago al día para las mujeres y más de 2 para los hombres)
- Consume demasiada sal
- Tiene un antecedente familiar de hipertensión arterial
- Tiene diabetes

Los Factores Que No Se Pueden Cambiar:

Edad. - Contra mayor sea una persona, mayor será la probabilidad de que desarrolle hipertensión, especialmente que su presión sistólica sea elevada. Esto es en gran parte es debido a la arteriosclerosis o al "endurecimiento de las arterias."

Raza. -los afroamericanos tienden a desarrollar una presión arterial alta con más frecuencia que los caucásicos. Las personas afroamericanas desarrollan hipertensión arterial y complicaciones más graves a una edad más temprana.

Nivel socioeconómico. -La presión arterial alta se encuentra de forma más común entre los grupos socioeconómicos más bajos y con menos educación. Por ejemplo, los residentes del sureste de Estados Unidos, es decir, tanto los estadounidenses caucásicos como los africanos, son más propensos a padecer una presión arterial alta que los residentes de otras regiones. Historia familiar (herencia). La tendencia a tener hipertensión parece ser hereditaria.

Género. - Por lo general los hombres tienen más probabilidades a desarrollar hipertensión que las mujeres. Esta probabilidad varía según la edad y los diversos grupos étnicos.

El control del peso.-se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico de la hipertensión. Todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso de forma controlada e individualizada. El mismo debe suponer una restricción calórica y un aumento de la actividad física (33).

La bajada de peso, la presión arterial y el IMC están muy relacionados. La reducción de peso disminuye las cifras de tensión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico. Asimismo, puede reducir significativamente otros factores de riesgo cardiovascular asociados, como la diabetes y la hipercolesterolemia. En los pacientes hipertensos, la reducción y mantenimiento del peso ideal debe ser un objetivo primordial y, para ello, el médico debe recordar siempre el consejo dietético. Debe recomendar una reducción de peso de alrededor de 5 kilos. Las futuras reducciones vendrán en función de la respuesta obtenida y el peso del paciente. El objetivo debe ser llegar a un índice de masa

corporal de alrededor de 25 kg/m². También se perseguirá reducir el perímetro abdominal por debajo de 88 cm las mujeres y 102 cm los hombres (30).

Obesidad. - A medida que aumenta el peso corporal, la presión arterial aumenta. El exceso de peso aumenta el riesgo de padecer hipertensión. Los profesionales de la salud recomiendan que todas las personas obesas con hipertensión pierdan peso hasta que se encuentren dentro del 15% de su peso ideal. Las personas obesas tienen de dos a seis veces más probabilidades de desarrollar hipertensión que las personas cuyo peso está dentro de un rango saludable. No sólo el grado de obesidad es importante, sino también la forma en la que se acumula la grasa adicional. Algunas personas aumentan de peso y la grasa queda más localizada alrededor de su abdomen (obesidad central o en "forma de manzana"), mientras que otras personas tienden a almacenar grasa alrededor de las caderas y de los muslos (personas en "forma de pera"). Las personas con "forma de manzana" tienden a tener mayores riesgos de salud para la presión arterial alta que las que tienen "forma de pera".

Sensibilidad al Sodio (sal). -Algunas personas tienen una alta sensibilidad al sodio (sal) y su presión arterial aumenta si ingieren comida con sal. La reducción de la ingesta de sodio tiende a bajar su presión arterial. Los estadounidenses consumen de 10 a 15 veces más sodio del que necesitan. La comida rápida y los alimentos preparados contienen cantidades de sodio particularmente elevadas. Muchos de los medicamentos sin receta también contienen grandes cantidades de sodio. Puedes mirar en los envases de los alimentos sus ingredientes con la finalidad de saber su contenido en sal, este puede ser un primer paso para reducir tu ingesta de sal. Los platos que se sirven en los restaurantes de comida rápida también tienen un alto contenido en sal y en calorías. (30)

El consumo de alcohol. - Beber más de una o dos copas de alcohol por día tiende a aumentar la presión arterial en las personas que son sensibles al alcohol.

Las píldoras anticonceptivas (anticonceptivos orales): Algunas mujeres que toman píldoras anticonceptivas desarrollan hipertensión.

La falta de ejercicio (sedentarismo): Un estilo de vida sedentario contribuye al desarrollo de la obesidad y de la alta presión arterial.

Medicamentos.- Algunas drogas, como las anfetaminas (estimulantes), las píldoras dietéticas y algunos medicamentos utilizados para el resfriado y los síntomas de alergia, como la pseudoefedrina, tienden a aumentar la presión arterial (30).

Diagnóstico De La Hipertensión Arterial

Un error común en el diagnóstico de la hipertensión es que el paciente puede ser etiquetado como hipertenso basándose únicamente en una medición aislada de la presión arterial. Un paciente hipertenso puede presentar momentos en el día en que la presión está dentro o próxima a la franja de normalidad, así como una persona sin hipertensión puede presentar elevaciones específicas de presión arterial debido a factores como estrés y esfuerzo físico. Por lo tanto, no se hace diagnóstico, ni se descarta la hipertensión basado en una única medida. Varios factores pueden alterar la presión arterial de vez en cuando, entre ellos estrés, esfuerzo físico, uso de alcohol, cigarrillos, etc. La mayoría de las personas solamente busca medir la presión después de eventos de estrés emocional o dolor de cabeza, situaciones que por sí solas pueden aumentar los niveles de tensión. Para hacer el diagnóstico de la hipertensión arterial son necesarias de tres a seis mediciones con resultados altos, realizadas en días diferentes, con un alcance superior a un mes entre la primera y la última medición. De esta manera se minimizar los factores externos de confusión. El paciente considerado hipertenso es aquél que presenta la presión arterial elevada frecuentemente y durante varios periodos del día (30).

Consecuencias De La Hipertensión Arterial

- La hipertensión está asociada con varias enfermedades graves como:
- Insuficiencia cardíaca.
- Arritmias cardíacas.
- Aneurismas.
- Pérdida de la visión (retinopatía hipertensiva).
- Insuficiencia renal crónica.
- ACV isquémico y hemorrágico (29).

Tratamiento De La Hipertensión Arterial

Cambios de estilo de vida antes del inicio de la terapia con medicamentos.

Los principales son:

- ✓ Aumentar el consumo de frutas y verduras.

La reducción de la presión arterial con estos cambios suele ser pequeña y difícilmente una persona con hipertensión arterial alta (mayor que 160/100 mm Hg) logra controlar la hipertensión sin la ayuda de los remedios. Sin embargo, en las hipertensiones leves, hay casos en que solamente con control del peso, dieta apropiada y práctica regular de ejercicios se consigue el control de la presión arterial. El problema es que la mayoría de los pacientes no acepta cambios en los hábitos de vida y acaban teniendo que tomar medicamentos para controlar la presión (29).

Aquellos pacientes que ya llegan al médico con presión alta y señales de lesión de algún órgano diana deben iniciar tratamiento medicamentoso luego, una vez que el hecho indica hipertensión de larga data. Obviamente, los cambios de estilo de vida también están indicados en este grupo. Solamente pacientes con signos de lesión de órganos diana, insuficiencia renal crónica, diabetes o con enfermedades cardíacas deben iniciar el tratamiento con drogas inmediatamente (30).

Prevención Primaria Hipertensión Arterial

Los principales factores que contribuyen al aumento de la hipertensión arterial. Se ha demostrado que los recién nacidos de bajo peso tendrán en el futuro presiones mayores que los nacidos con peso normal. En ausencia de una terapéutica génica, las principales medidas recomendadas para atenuar el aumento de la presión arterial y realizar prevención primaria de la hipertensión arterial son: asegurar una adecuada nutrición de la madre y el feto, realizar actividad física aeróbica moderada durante 30 minutos la mayoría de los días, mantener el peso corporal normal (IMC 18,5-24,9 Kg/m²), disminuir el consumo de sodio a menos de 100 mmol/día (< 6 g de sal), limitar el consumo de alcohol a < 30 g/día en varones (< 15 g/día en mujeres e individuos de bajo peso), mantener un consumo de potasio > 90 mmol/día (> 3,5 g/día) y consumir una dieta rica en frutas y vegetales y baja en productos grasos, con un reducido contenido de grasas saturadas (30).

El éxito depende en gran medida de la temprana implementación de estos cambios saludables en el estilo de vida, muchos de los cuales impactarán además sobre otros factores de riesgo cardiovascular, los autores investigaron si el tratamiento farmacológico del pre hipertensión prevenía o retrasaba el desarrollo de hipertensión. Los participantes del estudio tenían hipertensión arterial normal alta, una edad media de 48,5 años y el 59,6% eran varones. Fueron asignados al azar para recibir candesartán o placebo durante dos años, seguidos por otros dos años en los que todos recibían placebo. Ambos grupos fueron instruidos para realizar cambios saludables en su estilo de vida durante los 4 años. La droga resultó segura y bien tolerada (30).

Durante los primeros 2 años se observó en el grupo candesartán una reducción del riesgo relativo de desarrollar hipertensión de 66,3% pero a los 4 años (dos años después de suspender la droga) 53% de los individuos del grupo activo había desarrollado hipertensión arterial comparada con 63% del grupo placebo. Por lo tanto el beneficio para prevenir el desarrollo de hipertensión arterial a los 2 años de suspendida la droga fue finalmente pequeño. Además, luego de suspender la droga, la hipertensión subió más rápidamente que en el grupo.

En el programa implementado en nuestro país, los cambios en el estilo de vida provocaron el desplazamiento hacia la izquierda de la curva de la PA sistólica y la mayor utilización de fármacos antihipertensivos el aplanamiento a la derecha. Como ya mencionamos estas estrategias comunitarias lograron descensos significativos de la PA sistólica y diastólica (-5,49 y -6,86 mm Hg, respectivamente).

El descenso de la frecuencia de los valores más altos de la PAS (por encima de 155 mm Hg) obedece al efecto de los antihipertensivos. Por último, cabe recordar que los descensos del promedio de la PA sistólica de una comunidad, aun los modestos, tienen un gran impacto sobre la mortalidad. Así, por ejemplo, se ha estimado que la reducción de 5 mm Hg en la PA sistólica de una comunidad es capaz de disminuir 14% la mortalidad por ACV, 9% la debida a enfermedad coronaria y 7% la mortalidad general (30).

1.7.4. ADULTO

Es una etapa que ha alcanzado su pleno desarrollo orgánico, incluyendo la capacidad de reproducirse. En el contexto humano el término tiene otras connotaciones asociadas a aspectos sociales y legales. La adultez puede ser definida en términos fisiológicos, psicológicos, legales, de carácter personal, o de posición social. La adultez en Homo sapiens se divide en adultez temprana, que va de los 18-30 años, adultez media, de los 30-65 años y la adultez tardía, de los 65 años en adelante. Es la etapa comprendida entre los 30 a los 60 años aproximadamente, aunque como es sabido, su comienzo y su término dependen de muchos factores personales y ambientales (31).

En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad. Así, hay adultos de firme y segura personalidad capaces de una conducta eficaz en su desempeño en la vida; hay otros de una personalidad no tan firme ni segura; finalmente existen los que adolecen de una pobre y deficiente manera de ser (personalidad) que los lleva a comportamientos ineficaces y hasta anormales. El adulto maduro se distingue por las siguientes características: Controla adecuadamente su vida emocional, lo que le permite afrontar los problemas con mayor serenidad y seguridad que en las etapas anteriores. Se adapta por completo a la vida social y cultural. Forma su propia familia. Ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural. Es la etapa de mayor rendimiento en la actividad. Es capaz de reconocer y valorar sus propias posibilidades y limitaciones. Esto lo hace sentirse con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras. Condición básica para una conducta eficaz. Normalmente tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad (31).

1.7.5. ADULTO MAYOR

Según la Organización de las Naciones Unidas(ONU), define el adulto mayor como toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y 60 para los países subdesarrollados, Entonces decimos que en Colombia el adulto mayor se

considera después de los 60 años, esto va ligado con los cambios morfológicos y fisiológicos del organismo y también el deterioro de la productividad laboral, es decir que sus condiciones en muchas veces no deja que realicen ningún tipo de trabajo, pero no todas las personas llegan a este punto, hay personas adultas que son capaces de laboral pero la misma sociedad se ha encargado de desplazarlos haciéndoles saber que ya no son productivos en una sociedad capitalista y llena de consumismo.

Otro concepto clave es el que da la OMS, Organización Mundial de Salud , que dice que toda persona se considera sana siempre y cuando estén en óptimas condiciones, físicas, morfológicas y psicológicas. El hecho de clasificar una persona como adulta mayor significa directamente que no es útil en la sociedad y que no tiene oportunidad de seguir un aprendizaje integral. Lo claro en este significado es ser conscientes de los cambios que por naturaleza se presenta a lo largo de la vida, y vemos que es ley de la naturaleza con el ciclo vital individual, nacer, crecer, reproducirse y morir, no por el hecho de envejecer tenemos que dejar a un lado a esa persona que durante años nos brindó mucho amor, comprensión y cuidados y algo importante este ser que nos dio la vida, al contrarios es donde más esta persona necesita de amor, cariño y cuidado. La mayoría de las personas que están en la etapa de adultez mayor, tienen serios problemas de depresión, encadenados con el olvido de sus seres más queridos, y solo el hecho de no dejar que participen activamente en la familia que es el núcleo fundamental de la sociedad.(32)

El Ministerio de Salud (Minsa) se encuentra en la ruta para mejorar el cuidado del adulto mayor desde el primer nivel de atención hasta los centros de salud de mayor complejidad, informó el viceministro de Salud Pública del Ministerio de Salud (Minsa), Percy Minaya en el Seminario Internacional “Intercambiando experiencias sobre Políticas de Protección Social para promover la Autonomía de las Personas Adultas Mayores”, organizado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Refirió que en el mundo existe un aumento progresivo de la población adulta mayor. “En el Perú, en el año 1940 esta población era cerca del 6 por ciento y para el 2015 se encuentra alrededor del 10 por ciento. Esto significa que hay cerca de tres millones de adultos mayores en el país en este momento”, detalló. Dijo que, sin embargo la mayor sobrevivencia de las personas no necesariamente significa tener una mejor calidad de vida. "El 60 por ciento de la población

discapacitada corresponde a adultos mayores". Expresó que además se estima que en el Perú un 21% de la población adulta mayor es pobre, cifra que se incrementa a 44.7% en el caso del área rural. "Las atenciones a los adultos mayores en situación de pobreza se brindan a través del Seguro Integral de Salud (SIS) como mecanismo financiero que brindará sostenibilidad a las necesidades de salud y protección social", indicó". "La situación de la población adulta mayor tiene entre otras razones como causa de su vulnerabilidad, los rezagos de la falta de acceso a la educación que representa el analfabetismo. Para el año 2013 todavía el 23% de la población adulta mayor era analfabeta, cifra que se incrementa hasta 45% en el área rural". (33)

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la epidemiología de la hipertensión arterial en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú-2018?

1.5. Justificación e importancia del estudio

La Hipertensión arterial es considerada un gran problema de salud pública, debido a las implicancias en la salud de quien la padece, pues puede originar como una de sus complicaciones discapacidad, convirtiendo a una persona económicamente activa, en alguien dependiente, así mismo el tratamiento de la hipertensión y sus complicaciones viene generando elevados costos para el país. Así mismo la hipertensión arterial se convertido en un tema de estudio relevante en los últimos años debido a las elevadas tasas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad en nuestra población adulta joven y con más frecuencia en el adulto mayor.

Los pacientes diagnosticados con hipertensión sufren con esta enfermedad, considerada "enfermedad silenciosa", pues no todos los pacientes hipertensos presentan signos y síntomas, colocándolos en mayor riesgo ya que no es fácil identificar si se sufre o no de hipertensión y si está controlada o no; por lo que al sentirse aparentemente bien, los pacientes no llevan un control riguroso, y continúan con sus estilos de vida poco saludables.

Esta investigación justificó su ejecución en el hecho de que hacer un estudio epidemiológico de la hipertensión, permitiría identificar los estilos de vida no apropiados que vienen ejecutando las personas adultas y adultas mayores, que los

coloca en situación de riesgo de presentar esta enfermedad o alguna de sus complicaciones por un mal diagnóstico, inadecuado tratamiento, o falta de autocuidado del paciente; planteándose como finalidad determinar la prevalencia de esta enfermedad en la población de Monsefú, los riesgos que tienen, para posteriormente se pueda propiciar, promover, y proponer estrategias que vayan acorde con la realidad, para disminuir los riesgos.

Así mismo este estudio pretende recabar información que permita mejorar la calidad de vida en el adulto y adulto mayor, ya que a través de la evaluación oportuna de la presión arterial, se podrá educar al paciente, familia y comunidad; así mismo el determinar la prevalencia, conducirá a los profesionales a cargo de estos pacientes, a poder aplicar medidas de promoción y prevención, que conduzcan a involucrar al paciente y familiares en su autocuidado, disminuyendo los factores de riesgo y con ello disminuir la morbilidad y mortalidad de los hipertensos.

La enfermera, tiene un gran rol, es decir su responsabilidad se centra en la educación sanitaria sobre estilos de vida saludables para el control de la presión arterial alta, que incluyen mantener un peso ideal saludable, ejercicio, dieta saludable y control del estrés, con el fin de contribuir a disminuir las complicaciones. Aportará a la solución del problema que tiene por finalidad contribuir a la investigación en el primer nivel de atención de salud que fortalece al programa del adulto mayor, enfatizando que la hipertensión sea diagnosticada, precozmente controlándose y tratarse.

Se debe llegar al individuo antes que la enfermedad, esto implica prevenir, lograr interacciones en etapas tempranas de la vida llevando estilos de vida acorde con el envejecimiento en esta etapa el paciente no conoce que factores de riesgo influye en la hipertensión arterial del centro de salud de Monsefú ya que es de importancia y sirve de base para las investigaciones futuras.

arterial en pacientes adultos y adultos mayores), sin intervenir su curso natural. Descriptivo, pues los resultados fueron descritos y registrados tal como acontecieron. Y estudio transversal, porque se centraron en determinar la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú, en un periodo de tiempo durante el mes de marzo (34).

Dónde:

M: Unidad de análisis en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial

O: observación

2.2. Población y muestra

Población: “Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones y estableciendo claramente las características de la población, a fin de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales” (34). La población estuvo conformada por un total de 1230 adultos y 110 adultos mayores que acudieron a atención en el mes de febrero al C. S. Monsefú, según libro de registro de atenciones diarias.

Muestra: La muestra estuvo determinada por una “representación de la población, aunque no hay fórmulas simples que indiquen cuán grande debe ser la muestra que se requiere para un estudio cuantitativa; el utilizar la mayor muestra posible”(34), y poder estudiar la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú, eligiéndola mediante una fórmula matemática; por lo cual se aplicará “muestreo no probabilístico por conveniencia, que implica el empleo de una muestra integrada por los adultos cuya disponibilidad de estudio sea el más conveniente” (35).

Para determinar la muestra se utilizara la fórmula de población finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ (si la seguridad es del 95%)

$p =$ proporción esperada (en este caso $50\% = 0.5$)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

$d =$ precisión (en este caso deseamos un 5%).

Muestra de población adulta.

$$\frac{n = 1230 * (1.96)^2 * (0.5) (0.95)}{(0.05)^2 (1230 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) (0.95)} = \frac{2244.4548}{4.89726} = 458$$

$n = 458$ adultos

Muestra de población adulta mayor.

$$\frac{n = 110 * (1.96)^2 * (0.5) (0.95)}{(0.05)^2 (110 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) (0.95)} = \frac{200.7236}{2.09726} = 96$$

$n = 96$ adultos mayores

Criterios de inclusión:

- Adultos con edades comprendidas entre los 30 y 59 años.
- Adultos mayores de 60 años a más
- Adultos y adultos mayores que deseen voluntariamente participar del estudio

Criterios de exclusión:

- Adultos y adultos mayores con problemas en salud mental que alteren sus facultades.

2.3. Variables y operacionalización

Definición conceptual

Epidemiología de la hipertensión: Es el estudio de la distribución y los determinantes de la hipertensión arterial.

Definición operacional: Es una demostración de un proceso tal como una variable, un término, o un objeto - en términos de proceso o sistema específico de pruebas de validación, usadas para determinar su presencia y cantidad.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Epidemiología de la hipertensión arterial	Edad	30 – 39 40-49 50-59 60 a más	Técnica: Entrevista Instrumento: “Ficha de valoración para pacientes adultos y adultos mayores para determinar la epidemiología de la hipertensión arterial”
	Sexo	Masculino Femenino	
	Clasificación de HTA	Normal Pre-hipertensión Hipertensión Estadio 1 Estadio 2	
	Características sociodemográficas y económicas	Procedencia Grado de instrucción Ingreso económico Condición laboral Ocupación Estado civil	
	Factores causales y/o riesgo	Obesidad Diabetes Colesterol/triglicéridos Sedentarismo Consumo de alcohol Estilo de vida Nivel de estrés	

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la Entrevista a través de una encuesta estructurada dirigida a los adultos y adultos mayores, para identificar la distribución de la hipertensión arterial en esta población, durante el mes de marzo del 2018 en el C.S. Monsefú.

El instrumento “Ficha de valoración para pacientes adultos y adultos mayores para determinar la epidemiología de la hipertensión arterial” fue elaborado por la investigadora y contiene 3 partes, la primera está constituida por preguntas para marcar, que identificaron aspectos personales de la población adulta y adulta mayor en estudio.

La segunda parte lo constituye el instrumento “Cuestionario de estilo de vida” que permitió valorar los estilos de vida del adulto y adulto mayor sujeto de estudio, este instrumento fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender (1995) en Nebraska. El cuestionario fue tomado del trabajo de investigación de Ponte (2010), titulado: “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú”, quien utilizó el cuestionario estandarizado S.N. - 52 creado por Walker, Sechrist y Pender (1995). El instrumento consta de 37 ítems dividido en 6 dimensiones: salud con responsabilidad, actividad física, nutrición saludable, relaciones interpersonales, gestión de tensiones y gestión de tensiones. A su vez, la escala de calificación fue de tipo Likert: Nunca (1), Algunas Veces (2), Frecuentemente (3) y Siempre (4). La escala de puntuación global fue de Saludable (116 – 184 pts) y No saludable (46 -115 pts). (36)

La tercera parte lo constituye el instrumento cuestionario “cuestionario de estrés percibido (PSQ) es un instrumento ya validado y probado su confiabilidad internacionalmente, que permitió valorar el nivel de estrés del adulto y adulto mayor sujeto de estudio, y consta de 25 preguntas A su vez, la escala de calificación fue de tipo Likert: Casi nunca (1), A Veces (2), A menudo (3) y Casi siempre (4). La escala de puntuación global es nivel alto (79-100 pts.), medio (67 – 78 pts.) y bajo de estrés (23 – 66 pts.). (37)

La validez del instrumento “Ficha de valoración para pacientes adultos y adultos mayores para determinar la epidemiología de la hipertensión arterial”, se describe a continuación:

Primera parte: Fue validada por jueces de expertos (3), profesionales de enfermería de la región, con grado de magister, que trabajan en el primer nivel de atención. Luego de sus sugerencias fue validado por prueba piloto, la cual contó de 20 encuestas aplicadas a una población semejante a los sujetos de estudio, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.847, dato que nos confirma la confiabilidad del instrumento.

2.5. Procedimiento de análisis de datos

El análisis de los datos recolectados por la presente investigación se realizó utilizando los estadísticos descriptivos para poder dar respuesta a los objetivos de investigación.

Una vez aplicado el instrumento se codificó y se construye la base de datos utilizando el programa SPSS v. 22.0, el cual posteriormente favoreció en el análisis y construcción de las tablas y gráficos, que permitió evaluar las variables y dar respuesta a los objetivos planteados.

Para el análisis e interpretación se utilizó el método analítico sintético, permitiéndonos construir conclusiones y generalizaciones, utilizando los datos y contrastándolo con la literatura y trabajos previos sobre el tema.

2.6. Aspectos éticos

Los criterios asumidos en el presente estudio, están inscritos en el informe Belmont (38), los principios éticos básicos son:

Beneficencia: Implica respetar las decisiones de los participantes, protegiéndolos de cualquier daño procurando siempre su bienestar. Este estudio evaluar la epidemiología de la hipertensión en la población adulta mayor, buscando describir la distribución de las características sociodemográfica, económicas y factores de riesgo de la población adulta y adulta mayor que los hace propensos a

sufrir de hipertensión, sin someter a los participantes a algún procedimiento que les cause daño.

Justicia: El estudio hace prevalecer este principio dando a los participantes un trato igualitario, sin distinción alguna, permitiéndole participar del estudio.

Respeto a la dignidad humana: Los adultos y adultos mayores serán tratados como personas autónomas, aun si se tuvieran alguna capacidad disminuida, protegiéndolo en todo momento del estudio. Por ello previa aplicación del instrumento se le informó al participantes sobre la investigación y sus objetivos, y bajo el principio de autonomía firmaron el consentimiento informado.

2.7. Criterios rigor científico

Para asegurar la calidad de sus resultados el presente estudio tuvo en cuenta los criterios de rigor científico para la metodología cuantitativa, los cuales son: Validez, generalizabilidad, fiabilidad y replicabilidad. (34)

La validez: Esta fue construida desde la investigación de los antecedentes y marco teórico, los cuales permitieron consolidar la operacionalización de la variable, la misma que dará respuesta a los objetivos planteados, a través de un instrumento elaborado y validado estadísticamente.

Generalizabilidad o validez externa: Se cumplió con este criterio al asumir una muestra representativa, para lo cual se aplicó la fórmula para población infinita con 95% de confianza, obteniendo una población de 96 adultos mayores y 458 adultos, así mismo se asumió criterios de inclusión y exclusión, asegurando generalizar los resultados.

La Fiabilidad, sustentada en la precisión de la muestra al asumir a toda la población, reduciendo el porcentaje de error muestral.

La replicabilidad de los resultados, se sustentada al tener en cuenta el cumplimiento de los criterios antes mencionados, permitiendo obtener similares resultados en otros estudios con características similares a los presentados en esta investigación.

III. RESULTADOS

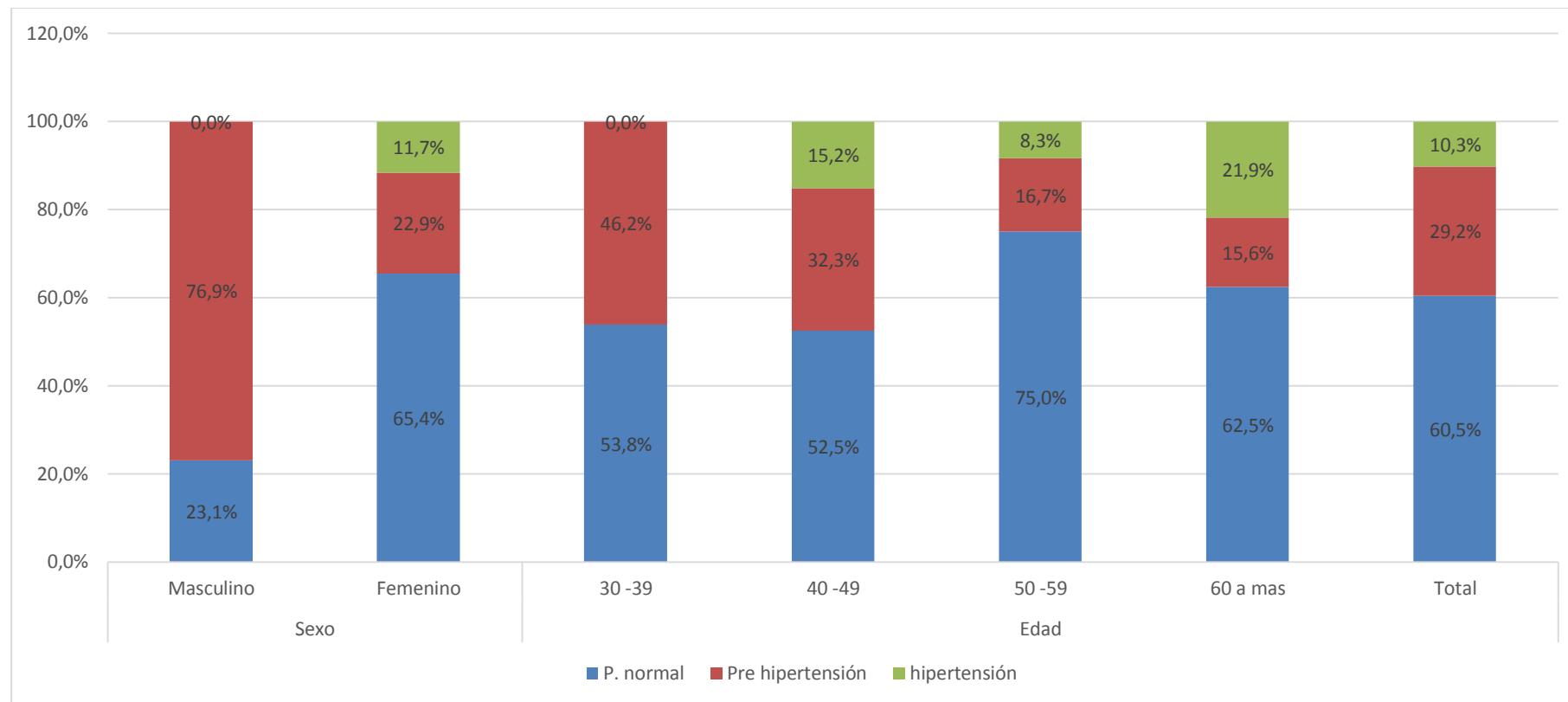
3.1. Tablas y figuras

Tabla 1. Distribución de la hipertensión arterial según edad y sexo en la población adulta y adulta mayor atendido en el Centro de Salud de Monsefú – 2018

		Presión arterial					Prevalencia
		Pre			Total		
		Normal	hipertensión	Hipertensión			
Edad	30 -39	Recuento	84	72	0	156	72
		% dentro de Edad	53.8%	46.2%	0.0%	100.0%	13.0
	40 -49	Recuento	83	51	24	158	75
		% dentro de Edad	52.5%	32.3%	15.2%	100.0%	6.5
	50 -59	Recuento	108	24	12	144	36
		% dentro de Edad	75.0%	16.7%	8.3%	100.0%	6.5
60 a mas	Recuento	60	15	21	96	36	
	% dentro de Edad	62.5%	15.6%	21.9%	100.0%	6.5	
Sexo	Masculino	Recuento	15	50	0	65	50
		% dentro de Sexo	23.1%	76.9%	0.0%	100.0%	9.0
	Femenino	Recuento	320	112	57	489	169
		% dentro de Sexo	65.4%	22.9%	11.7%	100.0%	30.5
Total	Recuento	335	162	57	554		
	% dentro de cada categoría	60.5%	29.2%	10.3%	100.0%		

Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

Figura 1. Distribución de la hipertensión arterial según edad y sexo en la población adulta y adulta y adulta mayor atendido en el Centro de Salud de Monsefú – 2018



Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

La tabla y figura 1, describe la distribución de la hipertensión arterial según edad y sexo en la población adulta y adulto mayor del centro de salud de Monsefú encontrando que de un total de 554 encuestados, 458 fueron adultos y 96 adultos mayores, de los cuales el mayor porcentaje de participantes presentaron una presión arterial Normal para su edad 335(60.5%); mientras sólo 219 (39.5%) encuestados presentan pre hipertensión e hipertensión.

De la población que presenta pre hipertensión e hipertensión se evidencia que están distribuido principalmente en el grupo etareo de 40 - 49 años (158=100%), siendo pre hipertensos 32.3% (51) e hipertensos 15.2% (24); seguido del grupo de 30 – 39 años (156=100%) de los cuales sólo se encuentran un 46.2% (72) con pre hipertensión; en el grupo de 50 -59 años (144=100%), se evidencia que 16.7% (24) presentan pre hipertensión y 8.3% (12) presentan hipertensión, finalmente en el grupo etareo 60 años a más (96=100%) 15.6% (15) presentan pre hipertensión y 21.9% (21) presentan hipertensión.

En relación a la distribución de la hipertensión según sexo se encuentra que el mayor porcentaje de encuestados son del sexo femenino (489), seguido por el sexo masculino (65); al evaluar la distribución según sexo del total de adultos y adultos mayores del sexo masculino (65=100%), el mayor porcentaje de la población presenta pre hipertensión 50 (76.9%), mientras en el grupo de encuestados de sexo femenino (489= 100%), se encuentra una distribución de 112 (22.9%) adultos y AM presentan pre hipertensión y 57 (11.7%) hipertensión.

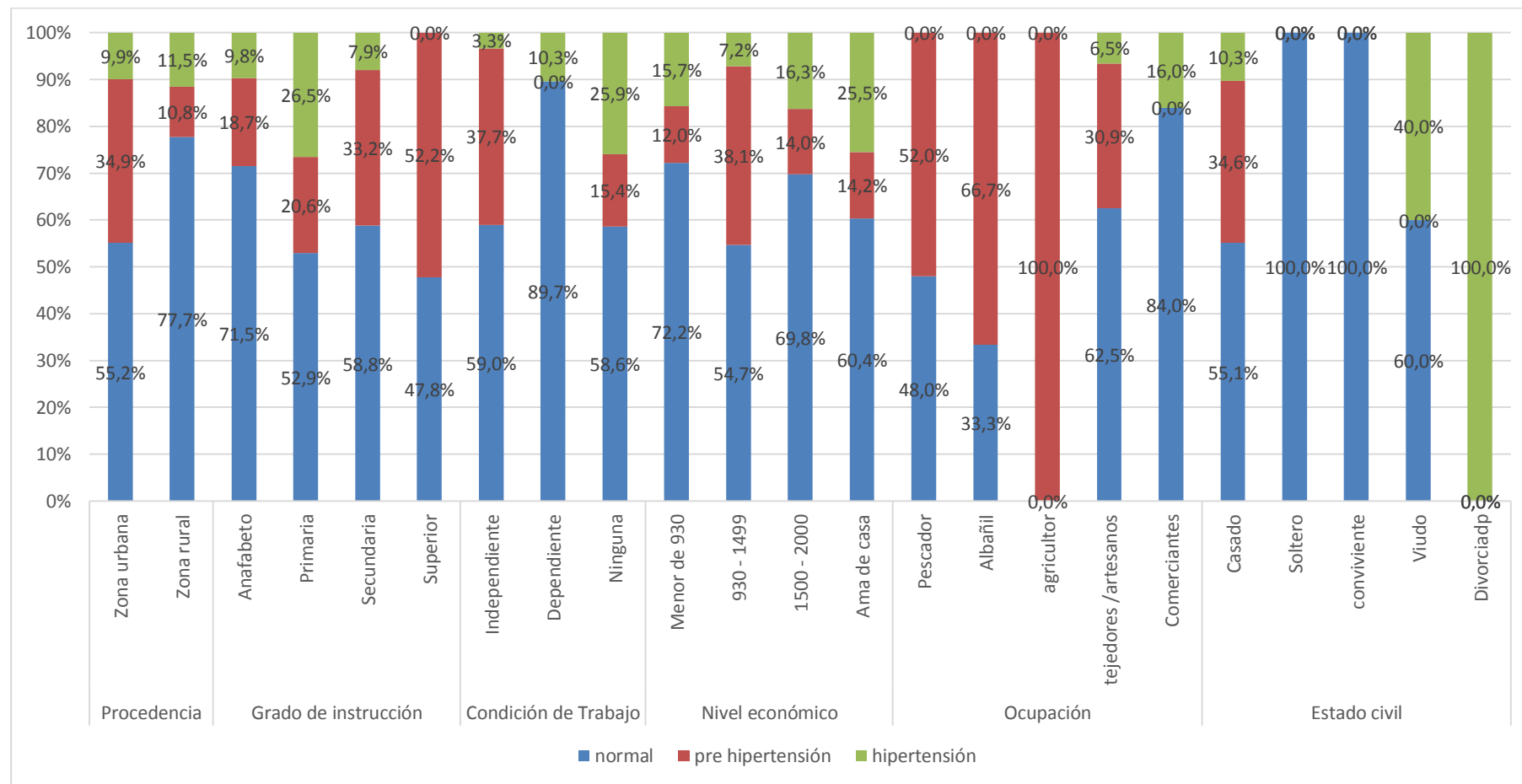
Tabla 2. Distribución de la hipertensión según la características sociodemográficas y económicas de la población adulta y adulta mayor atendida en el Centro de Salud de Monsefú – 2018.

			Presión arterial			Total	Prevalencia
			Normal	Pre hipertensión	Hipertensión		
Procedencia	Zona urbana	Recuento	234	148	42	424	76.5
		% dentro de Procedencia	55.2%	34.9%	9.9%	100.0%	
	Zona rural	Recuento	101	14	15	130	23.5
		% dentro de Procedencia	77.7%	10.8%	11.5%	100.0%	
Grado de instrucción	Analfabeto	Recuento	88	23	12	123	22.2
		% dentro de Grado de instrucción	71.5%	18.7%	9.8%	100.0%	
	Primaria	Recuento	36	14	18	68	12.3
		% dentro de Grado de instrucción	52.9%	20.6%	26.5%	100.0%	
	Secundaria	Recuento	200	113	27	340	61.4
		% dentro de Grado de instrucción	58.8%	33.2%	7.9%	100.0%	
	Superior	Recuento	11	12	0	23	4.2
		% dentro de Grado de instrucción	47.8%	52.2%	0.0%	100.0%	
Condición de Trabajo	Independiente	Recuento	214	137	12	363	65.5
		% dentro de Condición de Trabajo	59.0%	37.7%	3.3%	100.0%	
	Dependiente	Recuento	26	0	3	29	5.2
		% dentro de Condición de Trabajo	89.7%	0.0%	10.3%	100.0%	
	Ninguna	Recuento	95	25	42	162	29.2
		% dentro de Condición de Trabajo	58.6%	15.4%	25.9%	100.0%	
Nivel económico	Menor de 930	Recuento	78	13	17	108	19.5
		% dentro de Nivel económico	72.2%	12.0%	15.7%	100.0%	
	930 - 1499	Recuento	197	137	26	360	65.0
		% dentro de Nivel económico	54.7%	38.1%	7.2%	100.0%	
	1500 - 2000	Recuento	60	12	14	86	15.5
		% dentro de Nivel económico	69.8%	14.0%	16.3%	100.0%	
Ocupación	Ama de casa	Recuento	64	15	27	106	19.1
		% dentro de Ocupación	60.4%	14.2%	25.5%	100.0%	
	Pescador	Recuento	24	26	0	50	9.0
		% dentro de Ocupación	48.0%	52.0%	0.0%	100.0%	
	Albañil	Recuento	12	24	0	36	6.5
		% dentro de Ocupación	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%	
	Agricultor	Recuento	0	12	0	12	2.2
		% dentro de Ocupación	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	Tejedores /artesanos	Recuento	172	85	18	275	49.6
		% dentro de	62.5%	30.9%	6.5%	100.0%	

	Comerciantes	Ocupación Recuento % dentro de Ocupación	63 84.0%	0 0.0%	12 16.0%	75 100.0%	13.5
Estado civil	Casado	Recuento	258	162	48	468	84.5
		% dentro de Estado civil	55.1%	34.6%	10.3%	100.0%	
	Soltero	Recuento	14	0	0	14	2.5
		% dentro de Estado civil	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	Conviviente	Recuento	54	0	0	54	9.7
		% dentro de Estado civil	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	Viudo	Recuento	9	0	6	15	2.7
		% dentro de Estado civil	60.0%	0.0%	40.0%	100.0%	
	Divorciado	Recuento	0	0	3	3	0.5
		% dentro de Estado civil	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
Total		Recuento % dentro de cada categoría	335 60.5%	162 29.2%	57 10.3%	554 100.0%	

Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

Figura 2. Distribución de la hipertensión según la características sociodemográficas y económicas de la población adulta y adulta mayor atendida en el Centro de Salud de Monsefú – 2018



Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

La tabla y figura 2. Muestra la distribución de la hipertensión según las características sociodemográficas y económicas de la población sujeto de estudio encontrando que 424 proceden de la zona urbana y 130 de la zona rural; entre los cuales se distingue que del 100% (424) de la zona urbana 148(34.9%) tienen pre hipertensión y 42 (9.9%) presentan hipertensión; mientras del 100% (130) procedentes de la zona rural 15 (11.5%) hipertensión y 14 (10.8%) presentan pre hipertensión.

Según el grado de instrucción la pre hipertensión e hipertensión se encuentra distribuida de la siguiente manera: del total de adultos y adultos mayores con secundaria 340 (100%), 113 (33.2%) son pre hipertensos y 27 (7.9%) tienen hipertensión, seguido del grupo de adultos y adultos mayores con analfabetismo que hacen un total de 123 (100%), de los cuales 23 (18.7%) son pre hipertensos y 12 (9.8%) tienen hipertensión. Así mismo del total de adultos y adultos mayores con primaria 68 (100%), 14 (20.6%) son pre hipertensos y 18 (26.5%) tienen hipertensión; del total de adultos y adultos mayores con superior 23 (100%), 12 (52.2%) son pre hipertensos y no registrándose personas con hipertensión.

Según la condición de trabajo encontramos que del total de adultos y adultos mayores independientes 363 (100%), 137 (37.7%) son pre hipertensos y 12 (3.3%) tienen hipertensión; mientras que los adultos y adultos mayores dependientes 29 (100%) sólo registran hipertensión 3 (10.3%), y del total de adultos y adultos mayores sin condición laboral 162 (100%), 25 (15.4%) son pre hipertensos y 42 (25.9%) tienen hipertensión.

En relación al nivel económico se encontró que del total de adultos y adultos mayores prima aquellos cuyo ingreso oscila entre 930 – 1499, siendo 360(100%), de los cuales 137 (38.1%) son pre hipertensos y 26 (7.2%) tienen hipertensión, seguido de aquellos con ingreso menor de 930 nuevos soles 108 (100%), encontrando 13 (12%) con pre hipertensión y 17 (15.7%) con hipertensión; así mismo del total de adultos y adultos mayores con ingresos entre 1500 – 2000, 86 (100%), 12 (14%) son pre hipertensos y 14 (16.3%) tienen hipertensión.

La distribución de pre hipertensión e hipertensión según ocupación fue la siguiente: Prioritariamente la población se dedica a ser tejedores/artesanos 275 (100%), encontrando que 85 (30.9%) son pre hipertensos y 18 (6.5%) tienen hipertensión, seguido de las ama de casa 106 (100%), de las cuales 15 (14.2%) son pre hipertensas y 27 (25.5%) tienen hipertensión; luego se encuentran los comerciantes 75 (100%) quienes solo registran hipertensión con 12 (16.0%); posteriormente están los pescadores 50 (100%), con 26

(52.0%) pre hipertensos y albañiles 36 (100%), con 24 (66.7%) con pre hipertensión; finalmente el agricultor 12 (100%) encontrando que todos presentan pre hipertensión.

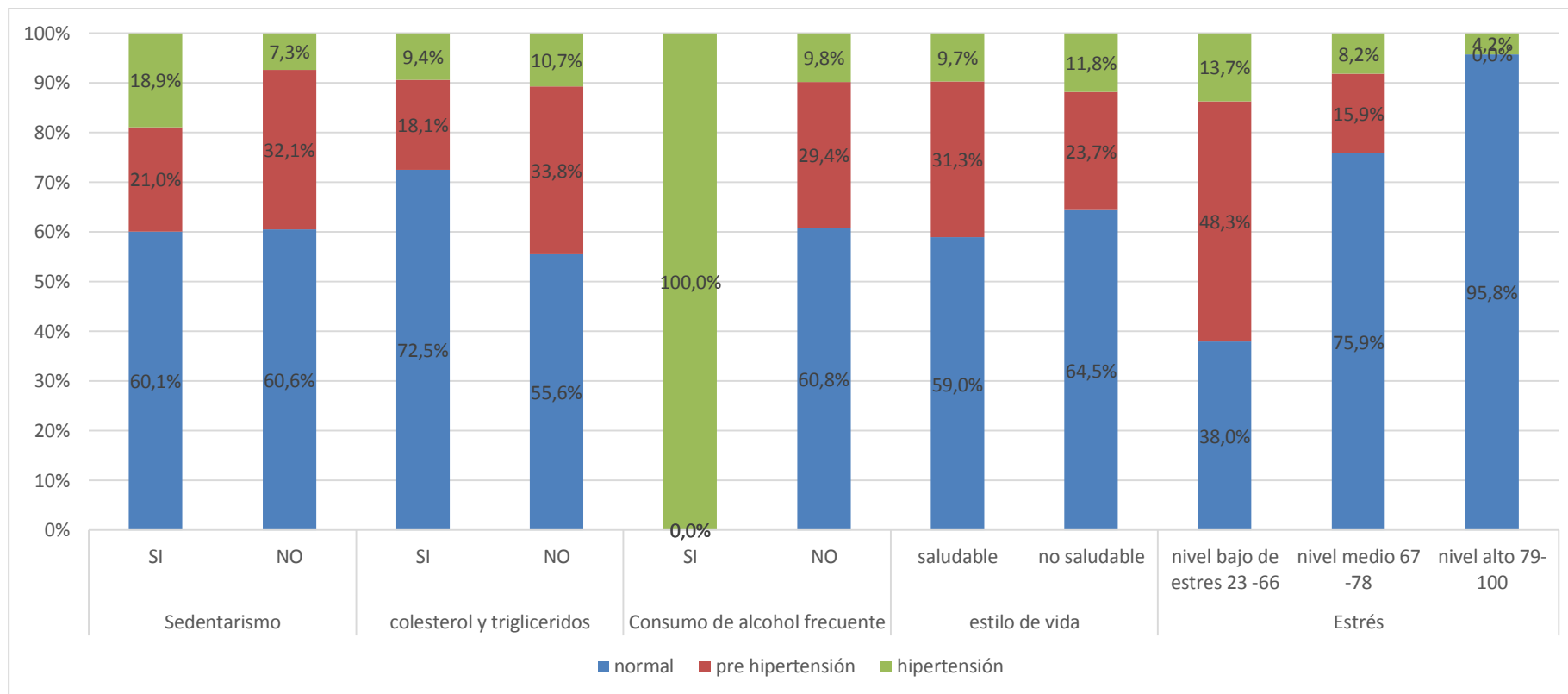
Según el estado civil el mayor porcentaje son casados 468 (100%), encontrando que 162 (34.6%) son pre hipertensos y 48 (10.3%) tienen hipertensión; seguido de los convivientes quienes no se presenta la patología, luego están los viudos 15 (100%) de los cuales 6 (40%) son hipertensos, seguido de los en los solteros 14 (100%) que no presentan la patología y finalmente los divorciados 3 (100%) que en su totalidad tienen hipertensión.

Tabla 3. Distribución de la hipertensión según factores causales y/o riesgo, en la población adulta y adulta mayor atendida en el Centro de salud de Monsefú – 2018.

			Presión arterial				Prevalencia
			Normal	Pre hipertensión	Hipertensión	Total	
Sedentarismo	SI	Recuento	86	30	27	143	
		% dentro de Sedentarismo	60.1%	21.0%	18.9%	100.0%	
	NO	Recuento	249	132	30	411	
		% dentro de Sedentarismo	60.6%	32.1%	7.3%	100.0%	
<hr/>							
Colesterol y triglicéridos	SI	Recuento	116	29	15	160	
		% dentro de colesterol y triglicéridos	72.5%	18.1%	9.4%	100.0%	
	NO	Recuento	219	133	42	394	
		% dentro de colesterol y triglicéridos	55.6%	33.8%	10.7%	100.0%	
<hr/>							
Consumo de alcohol frecuente	SI	Recuento	0	0	3	3	
		% dentro de Consumo de alcohol frecuente	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
	NO	Recuento	335	162	54	551	
		% dentro de Consumo de alcohol frecuente	60.8%	29.4%	9.8%	100.0%	
<hr/>							
Estilo de vida	Saludable	Recuento	237	126	39	402	
		% dentro de estilo de vida	59.0%	31.3%	9.7%	100.0%	
	No saludable	Recuento	98	36	18	152	
		% dentro de estilo de vida	64.5%	23.7%	11.8%	100.0%	
<hr/>							
Estrés	Nivel bajo de estrés 23 -66	Recuento	100	127	36	263	
		% dentro de Estrés	38.0%	48.3%	13.7%	100.0%	
	Nivel medio 67 - 78	Recuento	167	35	18	220	
		% dentro de Estrés	75.9%	15.9%	8.2%	100.0%	
	Nivel alto 79- 100	Recuento	68	0	3	71	
		% dentro de Estrés	95.8%	0.0%	4.2%	100.0%	
<hr/>							
Total		Recuento	335	162	57	554	
		% dentro de cada categoría	60.5%	29.2%	10.3%	100.0%	

Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

Figura 3. Distribución de la hipertensión según factores causales y/ riesgo, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018.



Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

La tabla y figura 3. Muestra la distribución de la hipertensión según factores causales y/o riesgo de la hipertensión encontrando que 411(100%) adultos y adultos mayores no presentan sedentarismo, de los cuales 132(32.1%) presentan pre hipertensión y 30 (7.3%) hipertensión, mientras 143 (100%) presentan sedentarismo presentando pre hipertensión 30(21%) e hipertensión 27 (18.9%); así mismo se observa que mayormente la población no presenta colesterol y triglicérido 394(100%) adultos y adultos mayores de los cuales 133 (33.8%) presentan pre hipertensión y 42 (10.7%) hipertensión mientras solo 160 (100%) lo presentan de los cuales 29(18.1%) tienen pre hipertensión y 15 (9.4%) presentan hipertensión.

En relación al consumo de alcohol frecuente el mayor porcentaje de la población refiere no consumir 552 (100%) de los cuales 162(29.4%) presentan pre hipertensión y 54 (9.8%) hipertensión; mientras la población que afirma consumir alcohol es 3 (100%) presentando todos hipertensión.

Así mismo el mayor porcentaje de la población presenta estilos de vida saludables 402 (100%) de los cuales 126 (31.3%) tienen pre hipertensión y 39 (9.7%) presentan hipertensión; mientras los que presentan estilo de vida no saludable son 152(100%) adultos y adultos mayores de los cuales 36 (23.7%) presentan pre hipertensión y 18 (11.8%) hipertensión.

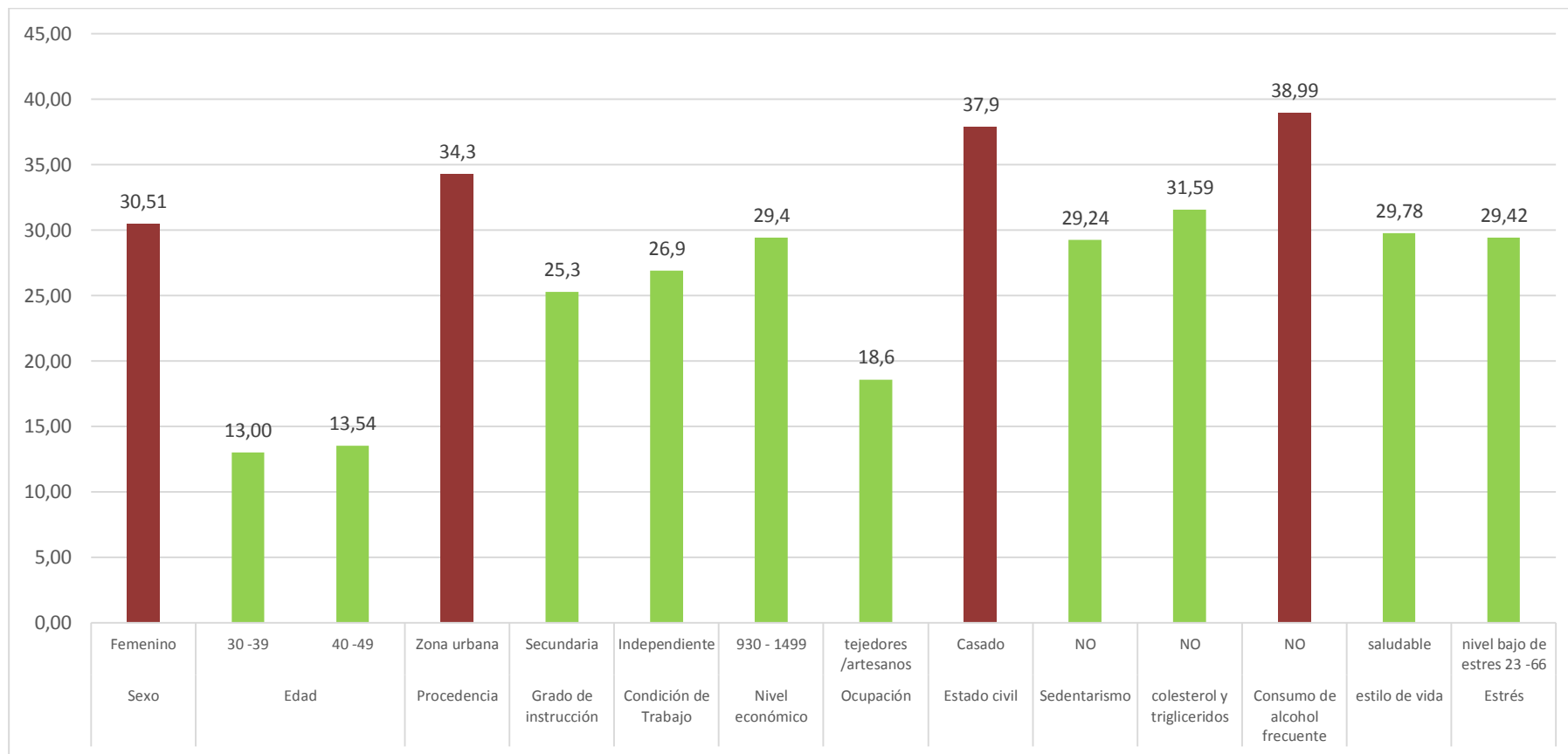
Sobre el nivel de estrés de la población se encuentra que 263 (100%) adultos y adultos mayores presentan nivel bajo de estrés de los cuales 127 (48.3%) tienen pre hipertensión y 36 (13.7%) presentan hipertensión; mientras los que presentan nivel medio de estrés son 220(100%) adultos y adultos mayores de los cuales 35(15.9%) presentan pre hipertensión y 18 (8.2%) hipertensión; así mismo los que presentan nivel alto de estrés son 71(100%) adultos y adultos mayores de los cuales sólo se registra hipertensión en 3 (4.2%) de los adultos y adultos mayores que presentan esta categoría.

Tabla 4. *Epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018*

Criterios		Prevalencia
Sexo	Masculino	9.03
	Femenino	30.51
Edad	30 -39	13.00
	40 -49	13.54
	50 -59	6.50
	60 a mas	6.50
Procedencia	Zona urbana	34.3
	Zona rural	5.2
Grado de instrucción	Analfabeto	6.3
	Primaria	5.8
	Secundaria	25.3
	Superior	2.2
Condición de Trabajo	Independiente	26.9
	Dependiente	0.5
	Ninguna	12.1
Nivel económico	Menor de 930	5.4
	930 – 1499	29.4
	1500 – 2000	4.7
Ocupación	Ama de casa	7.6
	Pescador	4.7
	Albañil	4.3
	Agricultor	2.2
	Tejedores /artesanos	18.6
	Comerciantes	2.2
Estado civil	Casado	37.9
	Soltero	0.0
	Conviviente	0.0
	Viudo	1.1
	Divorciado	0.5
Sedentarismo	SI	10.29
	NO	29.24
Colesterol y triglicéridos	Si	7.94
	NO	31.59
Consumo de alcohol frecuente	SI	0.54
	NO	38.99
Estilo de vida	Saludable	29.78
	No saludable	9.75
Estrés	Nivel bajo de estrés 23 -66	29.42
	Nivel medio 67 -78	9.57
	Nivel alto 79- 100	0.54

Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

Figura 4. Epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018.



Fuente; Ficha de valoración de Prevalencia de hipertensión arterial, en el adulto y adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Monsefú

2018

La tabla y figura 4 muestra la epidemiología de la hipertensión evidenciando una alta prevalencia en el sexo femenino (30.51%), en el grupo etareo 40 – 49 (13.54%), en los que proceden de la zona urbana (34.3%), los que tienen nivel de instrucción secundaria (25.3%), en los que tienen trabajo independiente (26.9%), en los que presentan un ingreso de 930 -1499 (29.4%).

Así mismo se evidencia que existe una alta prevalencia en los tejedores/artesanos (18.6%), en los casados (37.9%), en aquellos que no presentan sedentarismo (29.24%), colesterol y triglicéridos (31.59%), ni consumen alcohol frecuentemente (38.99%), así mismo existe mayor prevalencia en los que tienen estilos de vida saludables (29.78%) y en aquellos con niveles bajos de estrés (29.42%).

3.2. Discusión de los resultados

La hipertensión arterial en las últimas décadas se ha convertido en una enfermedad prevalente en los grupos etareos del adulto y adulto mayor, siendo un serio problema en salud pública teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica degenerativa y que si no lleva un adecuado tratamiento suele causar serias complicaciones en quien la padece, pudiendo llegar a limitarlo e invalidarlo. Por ello la importancia de conocer como epidemiológicamente esta enfermedad se viene presentando en nuestras poblaciones, teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene factores sociales, económicos, culturales etc propios.

El presente estudio buscó en primer lugar describir la distribución de la hipertensión arterial según edad y sexo en la población adulta y adulto mayor del centro de salud de Monsefú encontrando que de un total de 554 encuestados, 458 fueron adultos y 96 adultos mayores, de los cuales el mayor porcentaje de participantes presentaron una presión arterial Normal para su edad 335(60.5%); mientras sólo 219 (39.5%) encuestados presentan pre hipertensión e hipertensión.

Similar resultado encuentra Saldarriaga L. (39) que 120 de la población total, sólo 48 personas son hipertensas de los cuales representa el 35.2% de la población general estudiada; así mismo Aguado E. (40) concluye que de la población de 3949 adultos sólo constituyeron 86 pacientes con diagnóstico de HTA para su edad. A diferencia Aguas N. (41) menciona que la puntuación más alta de HTA se relaciona con la edad, siendo mayormente afectados por la hipertensión arterial los adultos mayores (65 años de edad).

Por lo que podemos decir según a las diferentes investigaciones, que la mayoría de la población total, tienen su presión arterial normal, concluyendo que no siempre se cumple con la literatura donde mencionan que la edad necesariamente tiene que tener relación con la enfermedad de Hipertensión arterial; resaltando que la población adulta es la padece HTA con porcentajes considerables. Es por ello que la enfermera debe enfatizar la promoción y prevención de la enfermedad a través de intervenciones educativas sobre estilos de vida saludables que estén dirigidas en especial a la población adulta y adulta mayor ayudando así su calidad de vida. Aunque los resultados obtenidos no demuestran una relación directa no debemos descartar la importancia que tiene la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud. Los

factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial, propias de las ciudades modernas (41).

De la población que presenta pre hipertensión e hipertensión se evidencia que están distribuido principalmente en el grupo etareo de 40 - 49 años (158=100%), siendo pre hipertensos 32.3% (51) e hipertensos 15.2% (24); seguido del grupo de 30 – 39 años (156=100%) de los cuales sólo se encuentran un 46.2% (72) con pre hipertensión; en el grupo de 50 -59 años (144=100%), se evidencia que 16.7% (24) presentan pre hipertensión y 8.3% (12) presentan hipertensión, finalmente en el grupo etareo 60 años a más (96=100%) 15.6% (15) presentan pre hipertensión y 21.9% (21) presentan hipertensión.

En relación al grupo etáreo, similar resultado obtuvo Saldarriaga L. (39) el grupo etareo más afectado fue representado entre 40 a 45 años con 24 personas para el 50%, seguido por el grupo de 50 a 55 años con 15 para el 31% de las personas; de igual manera Zela A. (19) mostrando como resultado en su investigación que el 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión y Revilla L. (20) encontrando como resultados que el promedio de edad fue de $39,5 \pm 16,5$ años.

A diferencia de los resultados de González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. (10) quienes mostraron que el grupo de edad predominante son adultos mayores de 65 a más años con un 71.5% presentan Hipertensión arterial. Similar resultado encuentra Zubeldía L, Quiles J, Mañes J, Redón J. (11) mostrando como resultado que se encuentran entre la edad [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥ 65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2)]; Pérez P. (14) quien encontró como resultado que existió un predominio de pacientes mayores de 65 años para el 32,19 %; y Abad A., Araujo F. (16) quien evidencia que la mediana de edad fue de 51 años; así mismo Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C. Barquera S. (18) mostrando como resultado que el mayor porcentaje de HTA según el grupo de edad, lo tienen Adultos mayores de 60 años. Y Arévalo R. (21), en relación a la edad, sobresaliendo el grupo etario de 71 – 80 (53.96%).

Por lo que podemos decir que según a los resultados de las investigaciones, el promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 50%, lo que representa un alto porcentaje de la población, incrementó a medida que avanza la edad, en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, encontrando que la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial es mayor en la costa que en la sierra y selva, edades equivalentes, lo que podría estar en relación con el presente resultado asociado a estrés, la alimentación, el modo de trabajo y el sedentarismo, es decir el modo de vida en las grandes ciudades, independientemente de la herencia y la genética. La hipertensión arterial y complicaciones que acarrea, en especial hipertrofia ventricular izquierda y enfermedad coronaria, es causa frecuente de muerte en adultos y ancianos. En nuestro país, donde la expectativa de vida es ostensiblemente menor a países desarrollados, la labor de reducir las complicaciones y mortalidad en gran escala es ardua y difícil (39).

En relación a la distribución de la hipertensión según sexo se encuentra que el mayor porcentaje de encuestados son del sexo femenino (489), seguido por el sexo masculino (65); al evaluar la distribución según sexo del total de adultos y adultos mayores del sexo masculino (65=100%), el mayor porcentaje de la población presenta pre hipertensión 50 (76.9%), mientras en el grupo de encuestados de sexo femenino (489= 100%), se encuentra una distribución de 112 (22.9%) adultos y AM presentan pre hipertensión y 57 (11.7%) hipertensión.

Similares resultados obtuvieron Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. (11) encontró en su estudio que el 40,7% son hombres [IC95%35,0-45,5] y 35,7% en mujeres [IC95% 31,1-40,3]; así mismo Delgado A. (15) encontró como resultado que un 33,8 %, predomina el sexo masculino; similar resultado obtuvo Arévalo R. (21) sobresalió en su estudio que el 28.06% son varones, el 25.9% mujeres; y Aguado E. (40) quien concluyó en su estudio que un alto porcentaje 55.8% pertenecían al sexo masculino.

A diferencia González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. (10) encontrando que el sexo predominante fue el femenino con 59,6 %; así mismo Pérez P. (14) obteniendo como resultado el 52,74 % de adultos y AM fueron del sexo femenino. De igual manera Abad A., Araujo F. (16) encontrando como resultados que el 68,6% fueron mujeres con hipertensión; Revilla L. (20) mostró como resultados que el 62% fueron mujeres; similar resultado obtuvo Aguas N. (41) concluye que, de un total de 111 personas adultas, el 55% fueron de género femenino y 45% de género masculino con HTA;

y Saldarriaga L. (39) quien concluye que el sexo más afectado fue el femenino con 31 casos para el 62%.

Por lo que podemos decir que es igual a los que dice la literatura que el género, por lo general los hombres tienen más probabilidades a desarrollar hipertensión que las mujeres. Esta probabilidad varía según la edad y los diversos grupos étnicos (42). Por lo que se considera que son factores que no se pueden modificar, es allí donde el profesional de enfermería debe intervenir a través de intervenciones preventivas dirigidas a la población de estudio.

Así mismo el presente estudio buscó describir la distribución de la hipertensión según las características sociodemográficas y económicas de la población sujeto de estudio encontrando que 424 proceden de la zona urbana y 130 de la zona rural; entre los cuales se distingue que del 100% (424) de la zona urbana 148(34.9%) tienen pre hipertensión y 42 (9.9%) presentan hipertensión; mientras del 100% (130) procedentes de la zona rural 15 (11.5%) hipertensión y 14 (10.8%) presentan pre hipertensión.

Similares resultados obtuvieron Mara D. et.al. (30) encontró porcentajes similares de Hipertensión Arterial entre el área urbana (21%) y rural (20,1%). Similar a un estudio realizado en China, encontró mayor población de adultos y AM con hipertensión arterial en el área urbana de 21% el área rural de 17% (30). A pesar de que en ambas áreas (urbana y rural) HTA es próxima una de la otra, las mayores dificultades de acceso a los servicios de salud se preveía que iba ser en los adultos mayores que viven en el área rural, además por presentar menor nivel socioeconómico, escolaridad baja y mayor limitación en la accesibilidad que podría influenciar en el estado de salud de los adultos hipertensos.

El lugar de procedencia (urbana y rural) fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (43) como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes.

La mayor proporción de adultos mayores con enfermedades están ubicados en el área urbana, puede relacionarse a que la población que reside en el área rural está más propicia al aislamiento, a la distancia de los recursos sociales y de salud, lo cual puede contribuir al subdiagnóstico. Así, la mayor proporción de enfermedades entre los adultos mayores urbanos puede ser explicada por el mayor acceso a los servicios de salud posibilitando

mayores oportunidades de diagnóstico (3). De este modo, se evidencia la necesidad de aumentar y mejorar la atención de la población rural, para disminuir los posibles casos de subdiagnóstico. Además, un diagnóstico precoz con acompañamiento efectivo y adecuado por los equipos de salud ayudan en el control de la presión arterial reduciendo complicaciones cardiovasculares, infarto de miocardio agudo, accidente cerebral vascular, problemas renales entre otras.

Según el grado de instrucción la pre hipertensión e hipertensión se encuentra distribuida de la siguiente manera: del total de adultos y adultos mayores con secundaria 340 (100%), 113 (33.2%) son pre hipertensos y 27 (7.9%) tienen hipertensión, seguido del grupo de adultos y adultos mayores con analfabetismo que hacen un total de 123 (100%), de los cuales 23 (18.7%) son pre hipertensos y 12 (9.8%) tienen hipertensión. Así mismo, del total de adultos y adultos mayores con primaria 68 (100%), 14 (20.6%) son pre hipertensos y 18 (26.5%) tienen hipertensión; del total de adultos y adultos mayores con superior 23 (100%), 12 (52.2%) son pre hipertensos y no registrándose personas con hipertensión.

Similar resultado obtuvo Aguado E. et.al (40) que el 46.5% con mayor porcentaje según el grado de instrucción tienen educación secundaria. A diferencia de los resultados obtenidos por Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. (18) el 88% mayor en adultos con primaria o menos (44.1% IC95% 39.0-49.3) que en adultos con preparatoria o más escolaridad (23.5% IC95% 21.0-26.2); así mismo Aguas N. (41) el grado de instrucción que predominó de las personas investigadas en su estudio, se evidencia que la mayoría de la población el 55% son analfabetas y el 45% alcanzaron la educación primaria.

Por lo que podemos decir que es importante tener en cuenta que, al analizar el nivel educativo de la población estudiada, ésta en su mayoría había alcanzado el nivel secundario. La educación del paciente hipertenso es el pilar primordial del profesional de enfermería para el adecuado control de la HTA; pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida.

Según la condición de trabajo encontramos que del total de adultos y adultos mayores independientes 363 (100%), 137 (37.7%) son pre hipertensos y 12 (3.3%) tienen

hipertensión; mientras que los adultos y adultos mayores dependientes 29 (100%) sólo registran hipertensión 3 (10.3%), y del total de adultos y adultos mayores sin condición laboral 162 (100%), 25 (15.4%) son pre hipertensos y 42 (25.9%) tienen hipertensión.

Similares resultados obtuvieron el Instituto Nacional De Estadística e Informática (7) en su estudio de epidemiología sobre hipertensión en la población adulta, que los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta. Carbajal P. (44) demostró en su estudio en cuanto a las características sociales, según su ocupación que el 53,1%(110) son trabajadores independientes.

A diferencia de los resultados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial considera que la hipertensión es un de factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, y especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Cuyos informes recientes de la OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial. Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y en diferentes regiones de países individuales (31).

Por lo que podemos según a los resultados obtenidos en el estudio que existe un alto riesgo de los adultos y AM que presentan HTA según a su condición de trabajo se encuentran grandes cambios, lo que evidenció el alto riesgo de los adultos y AM que presentaron mejor condición de trabajo son independientes y tienden a presentar más la enfermedad hipertensiva en comparación a los que no tienen ninguna condición laboral.

En relación al nivel económico se encontró que del total de adultos y adultos mayores prima aquellos cuyo ingreso oscila entre 930 – 1499, siendo 360(100%), de los cuales 137 (38.1%) son pre hipertensos y 26 (7.2%) tienen hipertensión, seguido de aquellos con ingreso menor de 930 nuevos soles 108 (100%), encontrando 13 (12%) con

pre hipertensión y 17 (15.7%) con hipertensión; así mismo del total de adultos y adultos mayores con ingresos entre 1500 – 2000, 86 (100%), 12 (14%) son pre hipertensos y 14 (16.3%) tienen hipertensión.

Similar resultado obtuvo el Instituto Nacional de estadística e Informática (44) demostró que el mayor porcentaje en el adulto mayor predomina que cuentan con un ingreso que es recibir una pensión, de lo cual representó el 22,4% de los adultos mayores jubilados/ pensionista; a diferencia García N. (46) en su estudio demostró que el estrato socioeconómico de los adultos se encuentran grandes cambios, el estrato es cero representando un 20,62 % lo que evidenció el alto riesgo de los adultos mayores que presentaron un estrato económico cero tienden a presentar más la enfermedad hipertensiva.

Por lo que podemos decir que los determinantes sociales son referidos como el conjunto de factores de índole social, económicos, políticos y de estilos de vida que influyen y determinan el nivel de salud de las poblaciones. Y se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud (44).

La distribución de pre hipertensión e hipertensión según ocupación fue la siguiente: Prioritariamente la población se dedica a ser tejedores/artesanos 275 (100%), encontrando que 85 (30.9%) son pre hipertensos y 18 (6.5%) tienen hipertensión, seguido de las ama de casa 106 (100%), de las cuales 15 (14.2%) son pre hipertensas y 27 (25.5%) tienen hipertensión; luego se encuentran los comerciantes 75 (100%) quienes solo registran hipertensión con 12 (16.0%); posteriormente están los pescadores 50 (100%), con 26 (52.0%) pre hipertensos y albañiles 36 (100%), con 24 (66.7%) con pre hipertensión; finalmente el agricultor 12 (100%) encontrando que todos presentan pre hipertensión.

A diferencia de lo planteado por Aguas N. (41), como resultado de su estudio quien afirma referente a la ocupación, encontró que el 50% se dedican a los quehaceres domésticos, el 26% a la agricultura (sin remuneración), seguido del 13% que se dedica a la agricultura (con remuneración); sólo el 7% son empleado/as publico/as, 3% son jornaleros y el 2% no trabaja; similar resultado obtuvo Jetón D. y Pasato S. (41) quien demostró que el 10% de los encuestados son comerciantes, el 15.3% se dedican a la agricultura, el 4%

son choferes los mismos que se encuentran más propensos a adquirir HTA debido a su estilo de vida poco saludable, el 4% empleados públicos y privados, el 46 % realizan actividades domésticas, el 11.3% artesanos y el 9.3% otros trabajos, manifestando que uno de los porcentajes más relevantes que se ha obtenido en las encuestas ha sido la ocupación de quehaceres domésticos por ende son más vulnerables a obtener esta enfermedad por falta de actividad física.

Según a las investigaciones encontradas, lo que podemos decir, que predomina según su ocupación los quehaceres domésticos a diferencia de lo que se encontró en el presente estudio encontrando que el mayor porcentaje lo tiene los tejedores/artesanos.

Según el estado civil el mayor porcentaje son casados 468 (100%), encontrando que 162 (34.6%) son pre hipertensos y 48 (10.3%) tienen hipertensión; seguido de los convivientes quienes no se presenta la patología, luego están los viudos 15 (100%) de los cuales 6 (40%) son hipertensos, seguido de los en los solteros 14 (100%) que no presentan la patología y finalmente los divorciados 3 (100%) que en su totalidad tienen hipertensión.

Similares resultados obtuvieron Abad A., Araujo F. (16) presentó en su estudio que el 71.4 % de la población son casados; al igual que Aguas N. (41) evidenció en su estudio que el 65% de las personas adultas y AM con HTA son casadas, el 25% solteros; el 8% viudas y finalmente el 2% son divorciadas; así mismo Carbajal P.(47) quien mostró que con respecto a la características familiares en cuanto al estado conyugal de los adultos en su estudio, que el [31,4%(65)] son casados, y el [66,7%(138)] de adultos viven con su pareja y sus hijos; al igual que los resultados de Vergottini J. (48) que el 49% (223) pacientes son casados, un 11% unión de hecho, 27%(123) son solteros, un 2%(13) divorciados y un 9%(45) viudos; Cardona J. Vergara M. y Caro A. (13) concluyó que predomina según el estado civil son casados o en unión libre presentaron 40,3%; así mismo Jetón D. y Pasato S. (49)concluyen diciendo que el 22.7% de encuestados son solteros/as, mientras que el 3.3% mantienen una unión libre, a comparación con el 56% que son casados, el 8.7% divorciados y finalmente el 9.3% son viudos

Por lo que podemos decir que es similar a los resultados obtenidos quienes evidenciaron que según la categoría del estado civil en su mayoría de la población de estudio respondieron ser casados.

Como otro aspecto importante de estudio que considero la presente investigación fueron los factores causales y/o riesgo que conducen a padecer hipertensión que presenta la población adulta y adulta mayor atendida del Centro de Salud de Monsefú encontrando que 411(100%) adultos y adultos mayores no presentan sedentarismo, de los cuales 132(32.1%) presentan pre hipertensión y 30 (7.3%) hipertensión, mientras 143(100%) presentan sedentarismo presentando pre hipertensión 30(21%) e hipertensión 27 (18.9%); así mismo se observa que mayormente la población no presenta colesterol y triglicéridos 394(100%) adultos y adultos mayores de los cuales 133 (33.8%) presentan pre hipertensión y 42 (10.7%) hipertensión mientras solo 160 (100%) lo presentan de los cuales 29(18.1%) tienen pre hipertensión y 15 (9.4%) presentan hipertensión.

Similar resultado obtuvo Abad A., Araujo F. (16) quienes encontraron en su estudio que según la categoría de actividad física de la población total que sólo el 43.6% (61 adultos) son sedentarios; mientras que el 56.4% (79 adultos) no presentan sedentarismo; semejante estudio demostró Zela A. (19) que según a su dimensión de ejercicio encontró que el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable al igual que la dimensión de nutrición el 57,3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable; igual resultado que Arévalo R. (21) quien concluye en su estudio que en relación a los factores de riesgo modificables mostró el sedentarismo con un porcentaje bajo (35.25%) al igual que hipercolesterolemia con 8.28%. así mismo Cardona J. (13) evidenció que el 57.6% no presentan sedentarismo; similar resultado obtuvo Aguas N. (41) respecto a la práctica de actividad física, el 97% informó que realiza actividad física y el 3% no realiza y sólo el 1.8% tienen colesterol.

A diferencia de González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. (10) quienes evidenciaron en su estudio que el sedentarismo tiene mayor predominio con un 32,5 % en los adultos; similar resultado obtuvo Vergottini J. (48) que el 52% de la población no realizan actividad física por lo que concluye que son sedentarias, y Saldarriaga L. (39) en su estudio demostró que según a los factores de riesgo personales de hipertensión arterial el sedentarismo estuvo presente en 18 casos para un 38%, seguido de obesidad en 15 casos para el 35%, y en el grupo de 7 casos para el 15 % estuvo presente los anticonceptivos orales, y solo en 6 casos para el 13 % no estuvo presente ningún factor de riesgo; predominando el sedentarismo en la población de estudio.

Por lo que podemos decir según a los resultados obtenidos de la población estudiada predomina que no es sedentaria lo cual reduce el riesgo de sufrir hipertensión; siendo así que la actividad física no fue un factor relacionado con la HTA en esta población, se debe tener presente que la intervención de la HTA a través de la promoción de la actividad física, dados sus beneficios como el mantener la elasticidad arterial, un flujo sanguíneo correcto, presión arterial y función cardiaca y pulmonar normal, alto gasto calórico, entre otras ventajas que mejoran la presión arterial y el riesgo cardiovascular general (41).

En relación al consumo de alcohol frecuente el mayor porcentaje de la población refiere no consumir 552 (100%) de los cuales 162(29.4%) presentan pre hipertensión y 54 (9.8%) hipertensión; mientras la población que afirma consumir alcohol es 3 (100%) presentando todos hipertensión.

Similar resultado obtuvo Zela A. (19) quien demostró según a su dimensión; de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6 % muy saludable; al igual que Arévalo R. (21) que mencionó según a los factores de riesgo modificables en donde obtuvo un menor porcentaje en el consumo de alcohol (5.04%); y así mismo Aguas N. (41) quien concluyo en su estudio que el 55.9% de la población no consume alcohol.

A diferencia del resultado obtenido García N. (46) que el 61% de la población consumen alcohol y que está relacionado con la HTA; similar resultado obtuvo Cardona J. (13) según al consumo de alcohol predominó con 90.2% según a su población de estudio (adultos)

Por lo que podemos decir que, a pesar de los resultados obtenidos en el presente estudio, el consumo excesivo de alcohol es un factor predisponente para padecer de HTA; teniendo en cuenta las consecuencias de la hipertensión para la salud se pueden agravar por otros factores que aumentan las probabilidades de sufrir un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal. Entre ellos cabe citar el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y la exposición a un estrés permanente, así como la obesidad, el colesterol alto y la diabetes mellitus. A algunas personas les basta con modificar su modo de vida para controlar la tensión arterial, como abandonar el consumo de tabaco, adoptar una dieta saludable, hacer ejercicio con asiduidad y evitar el uso nocivo del alcohol (50).

Así mismo el mayor porcentaje de la población presenta estilos de vida saludables 402 (100%) de los cuales 126 (31.3%) tienen pre hipertensión y 39 (9.7%) presentan hipertensión; mientras los que presentan estilo de vida no saludable son 152(100%) adultos y adultos mayores de los cuales 36 (23.7%) presentan pre hipertensión y 18 (11.8%) hipertensión.

Similar resultado obtuvo Zela A. (19) quien evidenció en su estudio según al estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable.

Por lo que podemos decir que una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción. En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios. Sabemos que la expectativa de vida de países desarrollados tiene un aumento significativo gracias a campañas preventivas, avance tecnológico entre otros factores. La hipertensión arterial y complicaciones que acarrea, en especial hipertrofia ventricular izquierda y enfermedad coronaria, es causa frecuente de muerte en adultos y ancianos (39).

Sobre el nivel de estrés de la población se encuentra que 263 (100%) adultos y adultos mayores presentan nivel bajo de estrés de los cuales 127 (48.3%) tienen pre hipertensión y 36 (13.7%) presentan hipertensión; mientras los que presentan nivel medio de estrés son 220(100%) adultos y adultos mayores de los cuales 35(15.9%) presentan pre hipertensión y 18 (8.2%) hipertensión; así mismo los que presentan nivel alto de estrés son 71(100%) adultos y adultos mayores de los cuales sólo se registra hipertensión en 3 (4.2%) de los adultos y adultos mayores que presentan esta categoría.

Similar resultado obtuvo Zela A. (19) en su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. Por lo que podemos decir que el nivel de estrés es bajo en relación con HTA siendo diferentes resultados con la literatura evidencian que los factores tales como el estrés, ha sido ligado psicofisiológicamente. Por tanto, las investigaciones han intentado establecer relaciones no solo con la incidencia de enfermedad, sino también con la severidad.

El estrés es considerado uno de los mayores factores del medio ambiente relacionados con la patogenia de la hipertensión arterial (HTA). La importancia de la naturaleza y la complejidad de los mecanismos multifactoriales que ligan al estrés con la HTA, han sido desde hace mucho tiempo extensamente estudiados en condiciones artificiales. La reactividad cardiovascular ante el estrés, ha sido definida como la variación interindividual de ciertos parámetros cardiovasculares durante una estimulación ambiental, en comparación con similares parámetros en ausencia de tal estimulación (51).

Finalmente el presente estudio buscó determinar la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido del centro de salud de Monsefú evidenciando una alta prevalencia en el sexo femenino (30.51%), en el grupo etareo 40 – 49 (13.54%), en los que proceden de la zona urbana (34.3%), en los que tienen nivel de instrucción secundaria (25.3%), en los que tienen trabajo independiente (26.9%), en los que presentan un ingreso de 930 -1499 (29.4%).

Similares resultados obtuvieron González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. (10) presentaron el estudio “Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores”, encontrando que el sexo predominante fue el femenino con 59,6 %; así mismo Abad A., Araujo F. (16) presentaron en su estudio una alta prevalencia del sexo femenino; al igual que Revilla L. (20) encontró en su estudio que el promedio de edad fue de $39,5 \pm 16,5$ años; existiendo una alta prevalencia de 62% que fueron mujeres; similar resultado obtuvo Aguas N. (41) Al relacionar la presión arterial y el sexo, se presentan los siguientes resultados: predominan las mujeres que presentan hipertensión arterial; esta información permite anotar que la prevalencia de HTA es mayor en el sexo femenino que masculino; en cuanto a la edad los grupos de edad mayormente afectados por la hipertensión arterial son los mayores de 65 años de edad con el 44% que representa (0.04) resultado diferente a la población de estudio.

A diferencia de los resultados obtenido por Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. (11) presentó el estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana”, encontraron que la prevalencia HTA según el sexo fue de 38,2% [IC95% 34,9-41,5]; 40,7% en hombres; así mismo Delgado A. (15) presentó en su estudio la prevalencia de hipertensión arterial fue de un 33,8 %, predominó el sexo masculino, y Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. (18) quienes demostraron que la prevalencia de hipertensión

arterial según el grupo de edad fue mayor de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años).

Por lo que podemos decir que los factores de riesgo cardiovasculares como la edad mayor de 55 años en los hombres y mayor de 65 años en las mujeres, historia de muerte súbita en familiares varones menores de 55 años o mujeres menores de 65 años, el tabaquismo, la dislipidemia o colesterol elevado en sangre, y otras enfermedades como la diabetes mellitus, problemas renales, entre otras. La prevalencia de hipertensión en nuestro país va en aumento. Por lo tanto, es importante identificar la prevalencia y los factores de riesgo de la hipertensión arterial; enfocado a la disminución de esta enfermedad, para evitar o limitar el daño que esta enfermedad puede causar tanto física como económicamente al adulto o AM, a su familia y a su comunidad (41). Por lo tanto, la promoción de estilos de vida saludables, en la comunidad, en beneficio del estado nutricional y del estado de salud, es importante para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas entre las cuales están la hipertensión arterial y diabetes.

Así mismo se evidencia que existe una alta prevalencia en los tejedores/artesanos (18.6%), en los casados (37.9%), en aquellos que no presentan sedentarismo (29.24%), colesterol y triglicéridos (31.59%), ni consumen alcohol frecuentemente (38.99%), así mismo existe mayor prevalencia en los que tienen estilos de vida saludables (29.78%) y en aquellos con niveles bajos de estrés (29.42%).

Similar resultado obtuvo Abad A., Araujo F. (16) quien presentó en su estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en adultos”; encontrando como resultados: que 71,4% son casados y que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 48,6% (IC 95% 40.3-56.9), no se encontró asociación estadística con los factores de exposición estudiados (sobrepeso, obesidad, sedentarismo, tabaquismo). Así mismo Zela A. (19) quien resaltó que el estilo de vida se muestra saludables, de igual manera en su dimensión de ejercicio la mayor prevalencia se tiene que son saludables y por último un saludable manejo de estrés y no consumen alcohol. A diferencia González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. (10) según a la Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores, encontró que prevaleció el sedentarismo (32,5 %).

Por lo que podemos decir que según a la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido del centro de salud de Monsefú; según a los antecedentes que no existen muchos estudios publicados sobre prevalencia de hipertensión arterial de la población estudiada; teniendo en cuenta que la Hipertensión arterial, siendo una silenciosa causa de muerte de la población a nivel mundial, sugiere a la salud pública un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud. Los factores de riesgo como el consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial, propias de las ciudades modernas del siglo XXI.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

La distribución de la hipertensión arterial según los criterios de clasificación del MINSA, presentados en la población adulta y adulto mayor del centro de salud de Monsefú fueron: 60.5% de participantes presentaron una presión arterial Normal para su edad y 39.5% encuestados presentan pre hipertensión e hipertensión; también se concluye que el diagnóstico de pre hipertensión e hipertensión se encuentra principalmente en el grupo etareo de 40 - 49 años seguido del grupo de 30 – 39 años y en relación a la distribución de la hipertensión según sexo se encuentra que el mayor porcentaje de encuestados son del sexo femenino; siendo el sexo masculino el que presenta el mayor porcentaje de pre hipertensión más no hipertensión, sólo en el sexo femenino se presenta la hipertensión.

La distribución de la hipertensión según las características sociodemográficas y económicas de la población sujeto de estudio encontrando el mayor porcentaje de la población procede de la zona urbana, sin embargo el mayor porcentaje de hipertensión se encuentra en la población procedente de la zona rural, según el grado de instrucción se presenta un mayor porcentaje de hipertensos en aquellos que no cuentan con estudios (analfabetos), según la condición de trabajo el mayor porcentaje de hipertensos se encuentra en aquellos que no tienen condición laboral; así mismo el mayor porcentaje de pacientes hipertensos tenían un ingreso económico entre 1500 – 2000; también se evidencia que el mayor porcentaje de hipertensos según ocupación lo ocupan las amas de casa, en relación al estado civil el mayor porcentaje de hipertensos se encuentra en los divorciados seguido de los viudos.

En relación a la distribución de la hipertensión según factores causales y/o riesgo de la hipertensión se concluye que la hipertensión se presenta usualmente en aquellos que son sedentarios, en relación a la hipertensión con la presencia de colesterol y triglicéridos se concluye que no hay una diferencia significativa ente el porcentaje de hipertensos entre los que no tienen colesterol y triglicéridos, con aquellos que refieren tenerlo, en relación al consumo de alcohol, todos los encuestados que refieren consumirlo frecuentemente presentaron hipertensión, en

relación a los estilos de vida saludable se concluye que el mayor porcentaje de hipertensos se encuentra en aquellos que tienen estilos de vida no saludables, y en relación al estrés se concluye que el mayor porcentaje de hipertensos se encuentra en aquellos que presentan niveles de bajo de estrés.

Finalmente la investigadora concluye que existe una alta prevalencia de la HTA, en el sexo femenino, en el grupo etéreo 40 – 49, en los que proceden de la zona urbana, en los que tienen nivel de instrucción secundaria, en los que tienen trabajo independiente, en los que presentan un ingreso de 930 -1499; así mismo se evidencia que existe una alta prevalencia en los tejedores/artesanos, en los casados, en aquellos que no presentan sedentarismo, colesterol y triglicéridos, ni consumen alcohol frecuentemente, así mismo existe mayor prevalencia en los que tienen estilos de vida saludables y en aquellos con niveles bajos de estrés.

4.2. Recomendaciones

Al Gerente Regional de Salud, promover la publicación de investigaciones ligadas a los estudios epidemiológicos de las enfermedades no transmisibles, especialmente de la hipertensión, teniendo en cuenta que es una patología que puede pasar desapercibida en la población ya que no siempre presenta sintomatología, pudiendo causar daños severos en quien la padece llevándolo incluso a la discapacidad muy temprana edad.

Al Colegio de Enfermeros del Perú – Región Lambayeque, promover capacitaciones de actualización sobre el manejo y control de la hipertensión, así como la sensibilización del rol que cumple la enfermera dentro de la investigación y monitoreo epidemiológico de las enfermedades.

A las Universidades formadoras de personal en ciencias de la salud, promover la investigación de tipo descriptiva – epidemiológica, que permita evidenciar la prevalencia, incidencia y proporción de patologías como la hipertensión, en las diferentes poblaciones de nuestra región, teniendo en cuenta que existen aspectos socioculturales peculiares que pueden estar influenciando el avance silencioso de estas enfermedades no transmisibles entre las cuales tenemos a la hipertensión y que causa serias complicaciones en quien la padece.

A las Escuelas Profesionales de enfermería, realizar proyectos de extensión universitaria que permitan educar a la población sobre la prevención de la hipertensión y de esta manera disminuir la incidencia y prevalencia de la HTA y sus complicaciones, así mismo se recomienda ejecutar talleres dirigidos a pacientes hipertensos que permitan dotarlos de habilidades y destrezas para que ejecuten un adecuado autocuidado y sobre todo lleven con responsabilidad su tratamiento.

Al Director del Centro de Salud Monsefú, promover la ejecución de campañas de captación de pacientes hipertensos, así como gestionar un mayor presupuesto para la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles, así como realizar visitas domiciliarias y mejorar la educación sanitaria en estos pacientes que les permita realizar un adecuado autocuidado.

A la jefa de enfermeras del Centro de Salud Monsefú, así como a la encargada de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles – HTA, realizar capacitación en servicio para sensibilizar al personal del Centro de salud en la captación del paciente hipertenso, así como el monitoreo y seguimiento del mismo

una vez diagnosticado, en aras de brindarle una adecuada educación que lo conduzca a lograr la adherencia a su tratamiento y el autocuidado para disminuir los factores de riesgo.

A la encargada de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles – HTA, buscar el apoyo de los medios de comunicación locales para difundir en la comunidad el tema de la hipertensión arterial, en aras de sensibilizar a la población sobre la etiología, los factores de riesgo, sintomatología, prevención, motivando en todo momento al chequeo preventivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ficha Técnica. Día Mundial de la Hipertensión arterial 2017. Ministerio de Salud y Proyección social. Colombia. 17 mayo 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf> (último acceso 12 marzo 2018)
2. García R. La Hipertensión un problema de salud mundial. Cruz Roja Española. Disponible en: <https://www.hospitalveugenia.com/comunicacion/consejos-de-salud/la-hipertension-un-problema-de-salud-mundial/> (ultimo acceso: 15 marzo 2018)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de la Salud .2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_201304_03/es/ (ultimo acceso: 15 marzo 2018).
4. Diario EL TELÉGRAFO. La hipertensión arterial es la segunda causa de discapacidad en el mundo. OMS/OPS. 17 mayo 2017. 11-15. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/la-hipertension-arterial-es-la-segunda-causa-de-discapacidad-en-el-mundo> (ultimo acceso: 15 marzo 2018).
5. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. *Rev. Factográfico Salud* ;3(4): 10 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf> (último acceso 4 de abril 2018)
6. Ministerio de salud del Perú. Mide tu presión y ayuda a tu corazón. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/hipertension/index.asp> (último ingreso 2 abril 2018)
7. INEI. Perú enfermedades Transmisibles y No trasmisibles. 2016. 2017. Disponible https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf (ultimo acceso marzo 30 del 2018)
8. Diario La República. Más de ocho mil lambayecanos padecen de hipertensión arterial. La Republica 8 abril del 2013. <https://larepublica.pe/archivo/702999-mas-de-ocho-mil-lambayecanos-padecen-de-hipertension-arterial> (último acceso 8 abril 2018)

9. Diario La República. Una de cada diez personas presenta problemas cardíacos en Chiclayo. La Republica. 12 marzo del 2016 Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/923965-una-de-cada-diez-personas-presenta-problemas-cardiacos-en-chiclayo> (último acceso 8 abril 2018)
10. González R, Martínez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Finlay*. 2017; 7(2): 6 . Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/520> (último acceso 2 mayo 2018)
11. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Rev Esp Salud Pública*. España. 2016. 90 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406&lng=es. (último acceso 2 mayo 2018)
12. Díaz C. prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes del preuniversitario "salvador Allende" Disponible : scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000700008
13. Cardona J, Vergara M, Caro A. Prevalencia de la hipertensión arterial y factores asociados en trabajadores de la Plaza Minorista José María Villa, Medellín Rev. Archivos de Medicina. 2016, 16(1): 43-52 Universidad de Manizales Caldas, Colombia
14. Pérez P. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela ”Disponible : scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003
15. Delgado A. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Disponible : scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000100002
16. Abad A., Araujo F. “Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en adultos, centro de salud n°1 del cantón cañar, 2014. Disponible: dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22439/1/TESIS.pdf
17. Pañi D, Paguy M, Quito M, Estilos de Vida que inciden en la Hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey. Cuenca. 2013. Tesis pre grado. Universidad de Cuenca . Ecuador 2014, pp123

18. Campos I.” Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos.” Disponible : www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid...36342013000800011
19. Zela A. 2015 “Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015.” revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/609
20. Revilla L. 2014 Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. Disponible: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid...46342014000300005
21. Arévalo R, Esmeralda Y. 2014. Factores de riesgo de la hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el policlínico Chiclayo oeste. Disponible en: repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/211
22. Teórica Florence Nightingale *Florence Nightingale*. <http://www.monografias.com/docs112/teoria-florence-nightingale/teoria-florence-nightingale.shtml#ixzz5CiHAU6Pa>
23. Teoría de Florence Nightingale 2014 <https://es.scribd.com/doc/.../Teoria-Del-Entorno-Segun-Florence-Nightingale-Procesos>
24. Enciclopedia medica Hipertensión arterial 2015 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm> Causas de HTA
25. Pita S, Pértegas S, Valdés F. Medidas de frecuencia de enfermedad. Investigación: Medidas de frecuencia de enfermedad: incidencia y prevalencia. España 2004.
26. Alfonso Guerra JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial/completo.pdf (último acceso 2 mayo 2018)
27. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva 2015 OMS. www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf
28. Ramiro A. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial”. En Revista Chilena de Cardiología.2010.Vol. 29. Nº 1. P. 12, P 15-22

29. Farreras y Rosman. Medicina Interna. 17a ed. Edit. Elsevier: España; 2013. Pág. 512-520. Vol I.
30. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf;jsessionid=C7146BBF98968F4990CAAF4500C868A1?sequence=1
31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331600070X>
32. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26692/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
33. http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/310/T_047_46197100_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 5a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
35. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
36. Alva L. *Espiritualidad y estilo de vida en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión, Lima 2017*. Tesis de pre grado. Universidad Peruana Unión. Lima 2018. P.p 103
37. Acosta R. Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, 2011. Tesis pre grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011. Pp217.
38. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos. National Institutes of Health. U.S.A. 18 de Abril 1979. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf (último acceso 15 de oct del 2017).
39. Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. Perú 2007. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Mar-Abr. [fecha de acceso]; 7(45):[aprox. 10 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf

40. Aguado E, Arias M, Sarmiento G, Danjoy D. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. *Rev enferm Herediana*. 2014;7(2):132-139.
41. Aguas N. *Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad La Loma, Canton Mira, del Carchi 2011*. Tesis pre grado. Universidad Tecnica del Norte. Ecuador 2012. Pp114
42. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf
43. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA. México. ADN editores: Setiembre, 2002
44. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331600070X>
45. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3070%3A2010-survey-on-diabetes-hypertension-chronic-disease-risk-factors-central-america&catid=1415%3Aintegrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es
46. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf;jsessionid=C7146BBF98968F4990CAAF4500C868A1?sequence=1
47. Carbajal P. *Relación entre los factores hereditarios y la hipertensión arterial en adultos de 30-60 años que acuden al programa de hipertensión del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2016*, Tesis pre grado. Universidad de Huánuco. 2017. Pp101
48. Vergottini J. Epidemiología, detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e Hipertension arterial en un area alejada de grandes centros urbanos (Sumampa Santiago del estero 2006) con necesidades socioeconomicas diferentes. Tesis post grado, Universidad de Córdoba. 2006. Pp44
49. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf
50. <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
51. Ingaramo R. Estrés Mental e Hipertensión Arterial. Centro de Hipertensión y Enfermedades Cardiovasculares (CEHTA Cardiovascular) Trelew, Chubut. 2003

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., de..... años de edad, manifiesto que he obtenido suficiente información y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se me incluya como sujeto de estudio en el Proyecto de Investigación titulado: epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018. Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto y beneficios directo e indirectos de su colaboración en el estudio y en el entendido que:

- No habrá ningún gasto, ni se recibirá remuneración alguna por la colaboración del estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los resultados obtenidos producto de la colaboración.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

Pimentel, Marzo del 2018

Firma o huella digital de la investigado (a)

ANEXO 02

Ficha de valoración para pacientes adultos y adultos mayores para determinar la epidemiología de la hipertensión arterial”

PRESENTACIÓN: Señor(a) buenos días mi nombre es Rafaela Sánchez Sánchez, soy estudiante de enfermería de la Universidad “SEÑOR DE SIPAN”, en coordinación con el centro de salud “MIGUEL CUSTODIO PISFIL”, estamos realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre las causas que se asocian a usted presente hipertensión arterial, la información que se comparta será de uso estrictamente confidencial. Le agradecemos anticipadamente, su valiosa colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación la entrevistamos en base a las siguientes preguntas elaboradas y usted responderá con sinceridad lo que crea correcto.

CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO

1. NOMBRE DEL JUEZ		
2.	PROFESIÓN	
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	
	ESPECIALIDAD	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (EN AÑOS)	
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	
	CARGO	
EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE MONSEFÚ – 2018		
3. NOMBRE	Sanchez Sanchez, Rafaela	

4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo entrevista Instrumento: Ficha de valoración para pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial.	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar la epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018	
EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN “TA” SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO CON EL ITEM O “TD” SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		
DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 12 reactivos y ha sido construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, el juicio de expertos determinará la validez del instrumento. Luego será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.	
DATOS INFORMATIVOS Código: _____		
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN		
I.-DISTRIBUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL 1. Edad: a)30 - 39 () b) 40-49 () c) 50-59 () d) 60 a más ()	TA()	TD() SUGERENCIAS: _____ _____

<p>2. Sexo:</p> <p>Masculino ()</p> <p>Femenino ()</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>3. P/A: _____</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>4. Clasificación de la hipertensión:</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>

CATEGORÍA	SISTÓLICA (MM HG)	DIASTÓLICA (MM HG)	✓ COLOCAR
Normal	<120	< 80	
Pre- hipertensión	120-139	80-89	
Hipertensión	- >140	- >90	
Estadio 1	140-159	90-99	
Estadio 2	- >160	- >100	

II.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

5.-Procedencia:

- a) Zona urbana
- b) zona rural

TA() TD()

SUGERENCIAS: _____

6.-Grado de instrucción:

- a)Analfabeto ()
- b)Primaria ()
- c)Secundaria ()
- d)Superior ()

TA() TD()

SUGERENCIAS: _____

<p>7. Nivel económico</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menor 930 soles b) 930-1499 soles c) 1500-2000 soles d) Mayor a 2000 soles e) Sin ingresos 	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>8.- Condición de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Independiente b) Dependiente c) Ninguno 	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>9. Ocupación.</p> <ul style="list-style-type: none"> a)Ama de casa b)Pescador c)Albañil d)Agricultor e)Artesano o tejedora 	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p>

<p>10. Estado Civil:</p> <p>a) Casado ()</p> <p>b) Soltero ()</p> <p>c) Conviviente ()</p> <p>d) viudo ()</p> <p>e) Divorciado ()</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>III .-Factores causales</p> <p>11. IMC: _____</p> <p>Peso: Talla:</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>12.-Factores de riesgo</p> <p>a) Obesidad Si --- No ----</p> <p>b) Diabetes Si--- No ----</p> <p>c) Sedentarismo Si --- No ---</p> <p>d) Colesterol y triglicéridos Si — No ---</p> <p>e) Consumo de alcohol Si --- No ---</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS: _____</p> <p>_____</p>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>	<p>N° TA _____ N° TD _____</p>

1. COMENTARIO GENERALES

2. OBSERVACIONES

JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA

Cuestionario Estilos de vida (elaborado y validado por Walker, Sechrist y Pender en 1995)

Nº	Item	Nunca 1	Casi nunca 2	A vece s 3	Frecu entem ente 4	Siempre 5
1	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud					
2	Encuentro cada día interesante y estimulante					
3	Consumo 2-3 raciones de leche, yogurt o queso cada día					
4	Tengo facilidad para demostrar mis preocupaciones, amor y cariño a otras personas.					
5	Busco orientación o consejo en salud de los profesionales de salud cuando tengo un problema de salud					
6	Sigo un programa de ejercicios planificado					
7	Realizo ejercicios de recreación por 20 minutos y con una frecuencia mínima de 2 veces por semana (andar en bicicleta, caminar, nadar, otros)					
8	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días					
9	Tomo desayuno					
10	Paso tiempo con mis mejores amigos					
11	Pido información a los profesionales de la salud sobre como tomar un buen cuidado de mí mismo (a)					
12	Consumo 2- 3 frutas diarias					
13	Utilizo métodos para afrontar mi estrés					
14	Realizo ejercicios físicos por 20 minutos con una frecuencia de 2 veces por semana (aeróbicos, ir al gimnasio, usar maquinas, otros)					
15	Practico técnicas de relajación por 20 minutos diariamente					
16	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, en busca de cambios físicos o señales peligrosas					
17	Consumo 2 -3 porciones de vegetales diarios					
18	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos					

19	Escojo una dieta baja en grasas saturadas					
20	Asisto a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal					
21	Realizo actividad física diariamente como, utilizar escaleras en vez de elevadores, caminar después de almorzar u otros					
22	Duermo entre 5 -6 horas diarias como mínimo					
23	Busco apoyo en las personas que demuestran preocupación por mi					
24	Consumo 3 -5 porciones de carbohidratos diarios (pan, cereal, arroz, fideos, otros)					
25	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme					
26	Cumplo con almorzar					
27	Comparto tiempo tanto en mi actividades académicas como al pasatiempo					
28	Informo a un doctor (a) o profesional de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño					
29	Utilizo el dialogo como fuente importante para tomar acuerdos					
30	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones y ampliar conocimientos					
31	Realizo actividades de distracción para prevenir el cansancio					
32	Mantengo relaciones interpersonales significativas y enriquecedoras					
33	Leo las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar las características de su contenido					
34	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida					
35	Limito el consumo de azucares (dulces)					
36	Consumo 2 -3 raciones de proteínas diarias (carne, pescado, pollo, frijoles, huevo, otros)					
37	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos					

CUESTIONARIO NIVEL DE ESTRÉS

INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se hacen preguntas de cómo reaccionamos frente a situaciones de preocupación, tensión y alegría. Es decir el grado de estrés que nos ocasionan estas situaciones mencionadas. Conteste solo una de las alternativas que le planteamos en el cuestionario.

		1	2	3	4
Nº	PREGUNTAS	Casi nunc a	A vece s	A menudo	Casi siemp re
1	Teme por el futuro				
2	Usted tiene muchas preocupaciones				
3	Sus problemas parecen estar acumulados				
4	Se siente solo o aislado				
5	Tiene miedo de que no consiga alcanzar sus metas				
6	Usted se siente en situaciones de conflicto				
7	Usted está bajo la presión de otras personas				
8	Se siente desanimado				
9	Usted se siente criticado o juzgado				
10	Se siente frustrado				
11	Te sientes que estás haciendo las cosas porque no tienes ,que porque quieres				
12	Usted se siente cargado con la responsabilidad				
13	Usted tiene demasiadas decisiones para hacer				
14	Se siente cansado				
15	Usted se siente tenso				
16	Se siente descansado				
17	Te sientes mentalmente exhausto				
18	Usted tiene problemas para relajarse				
19	Se siente tranquilo				

20	Usted está irritable o de mal humor				
21	Te sientes que estás haciendo las cosas que realmente te gusta				
22	Que disfrutas				
23	Usted está alegre				
24	Estas lleno de energía				
25	Usted se siente seguro y protegido				

ANEXOS

Fiabilidad

Notas

Salida creada		23-APR-2018 19:16:39
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\RV\Documents\2018\rafaela\piloto.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	15
	Entrada de matriz	
Manejo de valor perdido	Definición de ausencia	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos. Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables en el procedimiento.
	Casos utilizados	RELIABILITY
Sintaxis		/VARIABLES=Edad sexo P_arterial Grado_I Proced N_econom Cond_trab Ocupación Estad_civil Dx_nutricional Obesidad Diabetes sedentarismo col_tri Cons_alco Est_vida Estrés /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL.
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.05
	Tiempo transcurrido	00:00:00.08

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	17

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Edad	2,73	1,163	15
Sexo	1,93	,258	15
Presión arterial	2,00	,756	15
Grado de instrucción	2,33	,976	15
Procedencia	1,07	,258	15
Nivel económico	1,60	,507	15
Condición de Trabajo	2,13	,990	15
Ocupación	2,73	1,792	15
Estado civil	1,27	1,033	15
Diagnóstico nutricional	2,53	,640	15
Sobre peso y obesidad	1,13	,352	15
Diabetes	1,93	,258	15
Sedentarismo	1,80	,414	15
colesterol y triglicéridos	1,73	,458	15
Consumo de alcohol frecuente	2,00	,000	15
estilo de vida	1,40	,507	15
Estrés	1,20	,414	15

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Edad	28,80	35,029	,915	,805
Sexo	29,60	47,543	,385	,845
Presión arterial	29,53	39,838	,898	,816
Grado de instrucción	29,20	37,029	,926	,808
Procedencia	30,47	46,981	,546	,843
Nivel económico	29,93	43,352	,804	,829
Condición de Trabajo	29,40	61,543	-,872	,912
Ocupación	28,80	29,457	,839	,823
Estado civil	30,27	41,781	,459	,840
Diagnóstico nutricional	29,00	41,429	,867	,821
Sobre peso y obesidad	30,40	45,971	,605	,839
Diabetes	29,60	47,543	,385	,845
Sedentarismo	29,73	45,210	,647	,836
colesterol y triglicéridos	29,80	44,314	,731	,833
Consumo de alcohol frecuente	29,53	48,981	,000	,850
estilo de vida	30,13	43,552	,773	,830
Estrés	30,33	45,095	,668	,836

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
31,53	48,981	6,999	17

Anexo tablas

Figura Distribución de la hipertensión, en el adulto y adulto mayor según sexo y edad, atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

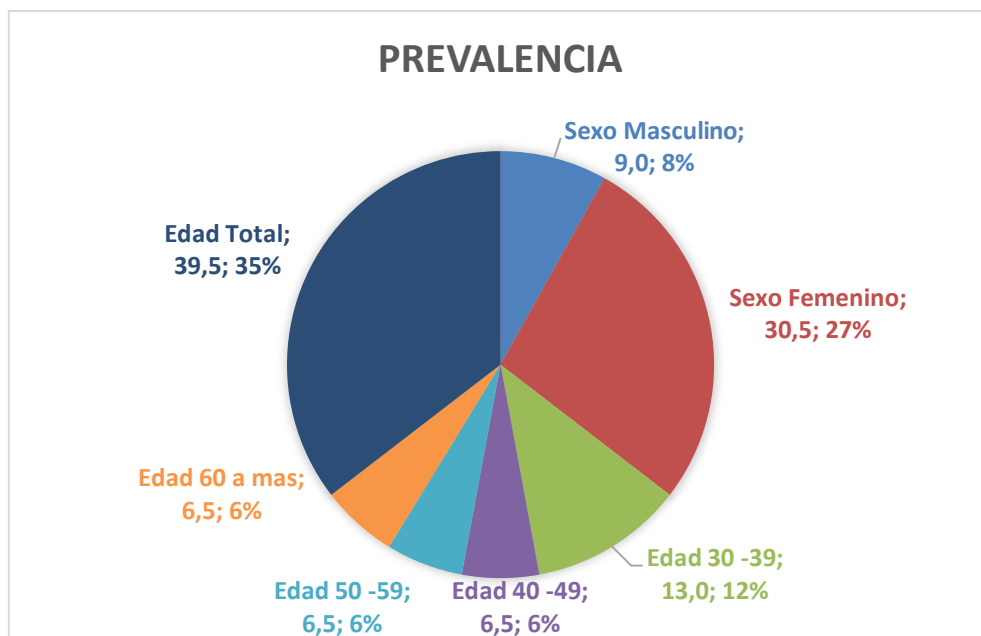


Figura . Prevalencia de la hipertensión según la dimensión característica de la población, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

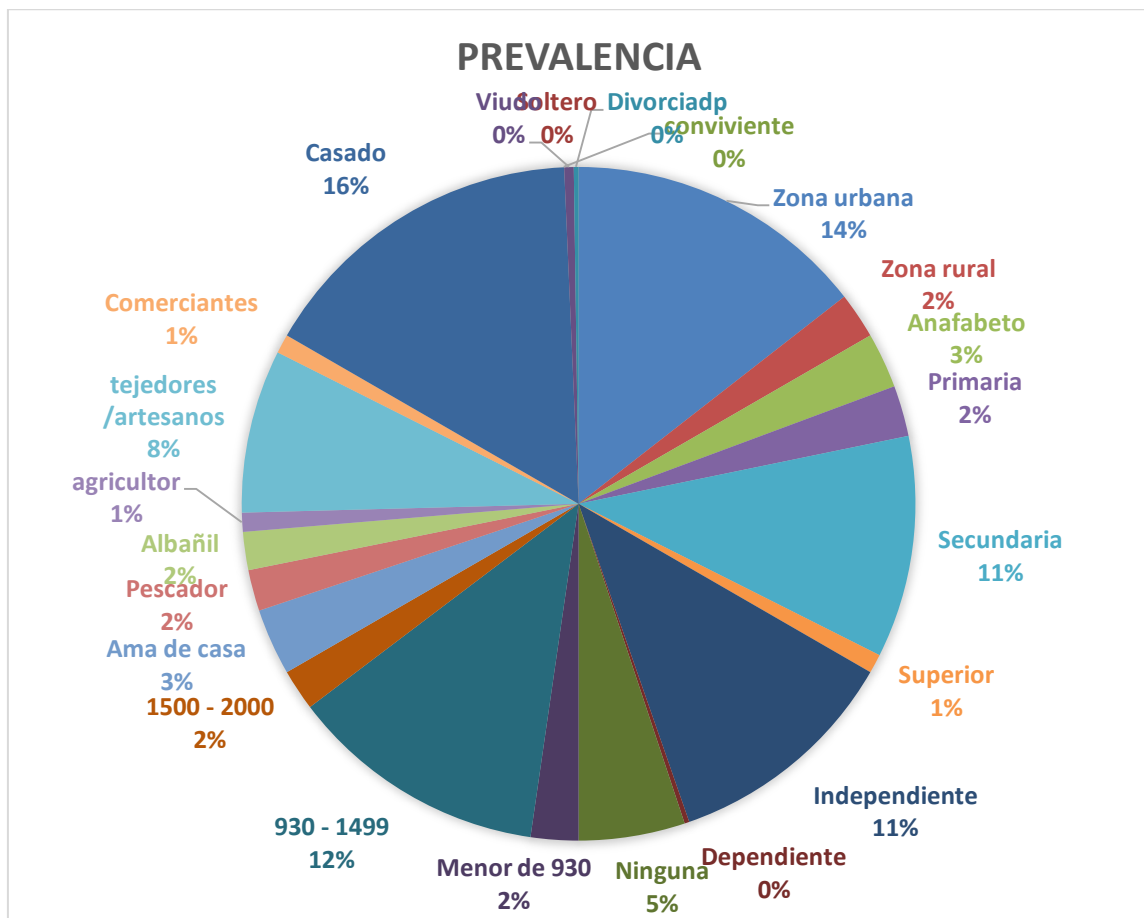


Tabla . Prevalencia de la hipertensión según la dimensión según la dimensión factores causales y/ riesgo, en el adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú – 2018

